

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THESE

N°

971

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Anne-Marie, Geneviève LOUVEL-ROUSSEL

Née le 17 Avril 1942 à BOURG-LA-REINE (92)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES
AU COURS DE LA RECTOCOLITE
ULCERO-HEMORRAGIQUES

A propos de sept observations

Président : Monsieur F. DELBARRE (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°

1969



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Anne-Marie, Geneviève LOUVEL-ROUSSEL

Née le 17 avril 1942 à Bourg-la-Reine (92)

Externe des Hôpitaux de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MANIFESTATIONS

ARTICULAIRES AU COURS DE LA RECTOCOLITE

ULCERO - HEMORRAGIQUES

A propos de sept observations

-:-

Président : Monsieur F. DELBARRE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS - 6ème

1969



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E),
 BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E),
 CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), COSTE (F.),
 DEBRE (R), DECHAUME (M), GALLIARD (H), GAUDARD
 d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A),
 HAZARD (R), HEUYER (G), LACOMME (M), LAMY (M),
 LAROCHE (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-
 SOLAL (E), LIAN (C), MADURO (R), MARCHAL (G),
 MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P),
 PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D),
 PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J),
 STROHL (A), TANON (L), TURPIN (R), VERNE (J).

DOYEN	Georges BROUET
1er assesseur	Daniel BARGETON
2e assesseur	Jean GOSSET

A - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

		MM.
Anatomie	{	DELMAS (A)
	{	HUARD (P)
à titre personnel		CABROL (Ch)
- -		OLIVIER (G)
Anatomie et Cytologie patho-		DELARUE (J)
logiques à titre personnel		NEZELOF (Ch)
- -		ORCEL (L)
Biochimie médicale	{	JAYLE (M.F)
	{	DESGREZ (P)
	{	POLONOVSKI (J)
Chimie Pathologique		SCHAPIRA (G)
à titre personnel		CARTIER (P)
- -		DREYFUS (J.Cl)
Biologie médicale (à titre per-		BOURLIERE (F)
sonnel)		HARTMANN (L)
	{	BUGNARD (L)
Biophysique médicale	{	DJOURNO (A)
	{	DOGNON (A)

Biophysique médicale

à titre personnel	KELLERSHOHN (L)
-	GOUGEROT (L)
-	ROUCAÏROL (J.Cl)

Cancérologie expérimentale

Génétique fondamentale

Histologie et Embryologie

{	COUJARD (R)
{	TUCHMANN-
{	DUPLESSIS (H)

à titre personnel

Microbiologie

Bactériologie et Virologie

à titre personnel

Parasitologie

Pathologie expérimentale et comparée

à titre personnel

Pharmacologie

{	BOISSIER (J.R)
{	LECHAT (P)

Physiologie

{	BARGETON (D)
{	MALMEJAC (J)
{	PARROT (J)

à titre personnel

Physiologie et biologie appliquée aux sports

B - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

I°- Médecine

Biologie médicale

Histoire de la Médecine et de

la Chirurgie

Hygiène et Médecine préventive

Médecine du Travail

Médecine légale, droit médical

et déontologie

Pathologie exotique

Pathologie médicale

{	BRUMPT (L.C)
{	BUGE (A)
{	BRICAIRE (H)
{	CORNET (A)
{	HOUSSET (E)
{	LAROCHE (Cl.)

- 2 -

Pathologie médicale

à titre personnel	AZERAD (E)
- -	BOUR (H)
- -	BROCARD (H)
- -	CAROLI (J)
- -	FACQUET (J)
- -	LAMBLING (A)
- -	LAUNAY (Cl.)
- -	PAYET (M)
- -	PERRAULT (M)
- -	SIGUIER (F)
- -	WORMS (R)
- -	BOUVIER (J)

Pathologie respiratoire TURIAF (J)

Pathologie et Thérapeutique

générales	MAURICE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J)
- - (Broussais)	SOULIE (P)
Clinique dermatologique (St-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique des maladies infectieu- ses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
à titre personnel	BASTIN (R)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
à titre personnel (neuro- psychiatrie)	PICHOT (P)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
à titre personnel	LHERMITTE (F)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)

Clinique des maladies du sang		
(Broussais)	.....	BERNARD (J)
à titre personnel (hématologie)	.....	ANDRE (R)
-	-	BOUSSER (J)
-	-	DREYFUS (B)
Cliniques médi- cales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	PEQUIGNOT (H)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
	-	CONTE (M)
	-	KOURILSKY (R)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-
(Broussais)	.....	BESANCON (L)
Clinique thérapeutique médicale		
(Saint-Antoine)	.....	LEMAIRE (A)
Clinique et Séméiologie médicales		
(Antoine-Chantin)	.....	DOMART (A)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	.....	BOUVRAIN (Y)
-	(Pitié)	RAMBERT (P)
-	(Rothschild)	WOLFROMM (R)
Clinique d'Hydrologie et de Cli- matologie (Bichat)	.....	DEBRAY (Ch)
à titre personnel	.....	GIBERTON (A)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques		
(Hôtel-Dieu)	.....	DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)	.....	HAMBURGER (J)
à titre personnel	.....	RICHET (G)
-	-	CROSNIER (J)
Clinique de Génétique médicale		
(Enfants-Malades)	.....	ROYER (P)
Clinique des maladies des enfants		
(Enfants-Malades)	.....	MOZZICONACCI (P)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	.....	MARIE (J)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	.....	BRISSAUD (H)
à titre personnel	.....	LESOBRE (R)
Clinique de pédiatrie et de pué- riculture (Saint-Vincent-de-Paul)	.....	THIEFFRY (S)

MM.

Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
à titre personnel	POLONOVSKI(Cl.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BROUET (G)
à titre personnel	KREIS (B)
- -	MEYER (A)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A)
Electroradiologie	{ LEDOUX-
	{ LEBARD (M)
	{ LEFEBVRE (J)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
à titre personnel	FISCHGOLD (H)
- -	TUBIANA (M)
- -	CHERIGIE (E)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clin. toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M)
2°- <u>Chirurgie</u>	
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	{ LAURENCE (G)
Pathologie chirurgicale	{ KUSS (R)
	{ N...
à titre personnel	RAMADIER (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON(A)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
à titre personnel	BREHANT (J)

MM.

Cliniques chirurgicales	{ Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	{ -	BAUMANN (J)
	{ Cochin	LEGER (L)
	{ Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	{ St-Antoine	GOSSET (J)
	{ Salpêtrière	SICARD (A)
	{ Tenon	OLIVIER (Cl.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Saint-Louis)	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
à titre personnel	CHIGOT (P.L)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F)
Clinique obstétricale (Saint-Antoine)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
à titre personnel	LEBEAU (J.)

	MM.
Clinique ophtalmologique(Cochin).....	BREGEAT (P)
- - (Hôtel-Dieu).....	OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEAUX (P)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R)

C - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Bactériologie	LE MINOR (L)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P)
	{ GONNARD (P)
	{ NORDMANN (J)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	{ BESSIS (M)
	{ BILSKI-PASQUIER (G)
Hygiène	{ BLANCHER (G)
	{ CORRE-HURST (Me L)
	{ CECCAL (P)
Médecine légale	{ HADENGUE (A)
	{ FOURNIER (E)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
	{ COURSAGET (J)
Physique médicale	{ GREMY (F)
	{ PELLERIN (P)
	{ DURAND (J)
Physiologie	{ GIRARD (Fr.)
	{ HUGELIN (A)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Pharmacologie	SCHMITT (H)

D - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVER- SITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)
	Pr.s.ch.

E - PROFESSEURS ASSOCIES

MM.

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)
Néphrologie	MAXWELL (M)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)

Conseiller administratif M. SALLIER (G)

Conservateur en Chef de la Bi-	{	M.le Docteur HAHN (A)
bliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		

Conservateurs	{	Mme FORGET (F)
	{	Mlles DUMITRE (P), LAURENT(H), LE NOIR(G)

Bibliothécaires	{	Mmes CONTET (J)
	{	Mlles DUROZOY(M.F)
	{	ROBERGE (D),
	{	LE QUANG LINH (G), REUGE (M)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A mes PARENTS

A mon MARI

A ma FAMILLE

A notre Maître le Professeur F. DELBARRE

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dans le service duquel ce
travail a été fait

A Monsieur le Docteur BONTOUX

Sous la direction duquel
ce travail a été fait

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur PATEL

Monsieur le Professeur ABOULKER

Monsieur le Professeur BOUR

Monsieur le Professeur CANLORBE

Monsieur le Professeur SORS

Monsieur le Docteur DECKER

A mes AMIS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MANIFESTATIONS
ARTICULAIRES AU COURS DE LA RECTOCOLITE
ULCERO - HEMORRAGIQUES

A propos de sept observations

-:-

INTRODUCTION

-:-

Parmi les affections intestinales au cours desquelles peuvent apparaître des complications rhumatismales, la Rectocolite hémorragique (R.C.H.) tient une place importante.

A l'occasion de sept observations, nous avons dans le service de notre Maître le Professeur DELBARRE, sous la direction du Docteur BONTOUX, consacré ce travail à l'étude de cette question.

Si parmi les manifestations rhumatismales d'origine intestinale, certaines peuvent survenir au cours d'affections colitiques diverses : colites amibiennes, colites non spécifiques, de syndromes dysentériques ou de la maladie de Nicolas Favre, seules sont bien individualisées comme la maladie de Whipple, la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. Par extension on peut faire entrer dans ce cadre le syndrome oculo-urétéro-synovial (O.U.S.) de Fiessinger-Leroy-Reiter lorsqu'il est consécutif à un syndrome dysentérique. La rectocolite hémorragique intéresse tout particulièrement les auteurs, car elle se rencontre de plus en plus fréquemment dans notre pays. Sa pathogénie reste mystérieuse et ses rapports nosologiques avec d'autres formes de colites graves sont encore imprécis.

Ce travail concerne les manifestations rhumatismales axiales et périphériques à l'exclusion

des dysacromélies. Nous les étudierons suivant le plan suivant :

- Revue de la littérature :

A- Généralités

l fréquence globale

ll fréquence suivant le sexe

B- Atteintes périphériques

l circonstances étiologiques

ll caractères cliniques

lll rapports chronologiques avec la R.C.H.

C- Atteintes axiales

l circonstances étiologiques

ll caractères cliniques

lll rapports chronologiques avec la R.C.H.

D- Hypothèses pathogéniques

E- Problèmes thérapeutiques

- Observations :

A- Description

B- Résumé des observations

- Comparaison de nos observations avec les faits étudiés dans la littérature.

- Conclusions

REVUE DE LA LITTERATURE

-:-

A- GENERALITES :

Depuis quelques années, une plus grande rigueur dans l'analyse des observations a permis de définir le

"rhumatisme rectocolitique" des auteurs français ou

"colites arthritidis" des auteurs anglo-saxons, comme une entité clinique nouvelle qui se manifeste de deux manières différentes :

- 1- les arthrites des membres
- 2- les rhumatismes axiaux à type de spondyloarthrite ankylosante

et revoyant la littérature nous avons pu constater que :

1) La fréquence globale des manifestations rhumatismales était très diversement appréciée par les différents auteurs. Cela tient à plusieurs ordres de faits :

a) la rectocolite ulcérohémorragique des auteurs français est plus restrictive que l'"ulcérate colitis" des anglo-saxons. Mais la faible fréquence que leur accordent les

auteurs français (2,5 % pour Rachet et Busson ; Lièvre et Wattebled, ainsi que Catlan, dans sa monographie, en soulignent la rareté sans toutefois donner de chiffres) tient peut-être moins à ce fait qu'à la relative ancienneté de leurs travaux.

Les auteurs anglo-saxons n'en sont pas moins partagés, puisque Wright et Watkinson ayant fait une revue de la littérature de langue anglaise portant sur 500 cas, notent que les signes articulaires sont retrouvés avec une fréquence de 0 à 22 % ; en effet,

b) certains auteurs incorporent les arthralgies sans signes objectifs dans leurs statistiques,

c) d'autres enfin font acte de manifestations ostéoarticulaires banales comme des arthroses, ou de lupus érythémateux disséminé, ou de polyarthrite rhumatoïde. La détection depuis une dizaine d'années du facteur rhumatoïde, entre autre, permet de dire qu'il s'agit de coïncidence. C'est ce que Bywaters (en 1958), Wright et Watkinson (en 1959), Mac Even (en 1962) se sont appliqués à démontrer.

C'est ainsi que Bywaters et Ansell retrouvent 22 % de manifestations articulaires, Fernandez-Herlibry 17 %, Yarnis et Crohn 20 %, Ford et Valles 8,3 %, Wright et Watkinson en 1959, 15,7 %, Mac Even 6 %, Rotstein 6,9 %, Zvaibler et Martel 31 %, de Sèze 8 à 15 %, Wright et Watkinson, en 1966, 17 %/

11) La répartition suivant le sexe est aussi très variable.

Bywaters avec 76 %, Wright et Watkinson avec 70 %, Fernandez-Herlihy avec 59 %, y voient

une prédominance féminine ; alors que Mac Even ne note que 45 %, Ford et Valles 40 % de femmes atteintes.

Les deux chapîtres précédents mettent en évidence les divergences des auteurs. Par contre, tous, sauf peut-être Rotstein, s'accordent pour répartir les manifestations rhumatismales de la R.C.H. en deux ordres distincts :

- B- Les arthrites des membres,
- C- Les rhumatismes axiaux.

B- LES ARTHRITES DES MEMBRES :

Elles représentent vraiment le "rhumatisme rectocolitique". Si, seul Rotstein en conteste l'existence, pour la plupart des auteurs, elles prennent place à côté de la spondylarthrite ankylosante dont elles sont bien distinguées, elles peuvent se présenter soit comme de simples arthralgies, soit comme des arthrites véritables avec signes inflammatoires locaux et généraux.

1- Circonstances étiologiques.

1) Fréquence :

Pour Buwaters avec 84 %, Coste avec 57 %, Mac Even avec 63 %, les arthrites des membres sont les manifestations articulaires les plus fréquentes de la R.C.H. De Sèze, représentant 4 cas, relève 2 arthrites. Fernandez-Herlihy en note 46 %. Quant aux arthralgies, sur 14 cas de manifestations articulaires de la R.C.H., Coste en retrouve 5, sur 83 cas Mac Even en relève 12, et Fernandez-Herlihy 23 sur 95 cas.

2) Répartition suivant le sexe :

Elle montre là encore une prédominance féminine :

- 68 % pour Fernandez-Herlihy
- 56 % pour Mac Even
- 70 % pour Wright et Watkinson

Ces deux derniers auteurs ont bien précisés certaines relations existant entre la maladie intestinale et ses complications articulaires

périphériques. Avec la plus grande fréquence des arthrites chez le sujet jeune ils établissent des

3) Rapports avec le type évolutif de la rectocolite :

Elles s'observent plus volontiers dans les formes chroniques évoluant par poussées, que dans les formes suraiguës évoluant d'un seul tenant.

4) Rapports avec la durée de la maladie :

Ils précisent que la moitié des crises articulaires surviennent après dix ans d'évolution, mais ajoutent que les débuts précoces après moins de 3 mois ne sont pas rares.

5) Rapports avec les complications de la R.C.H. :

Les suppurations périanales, les pseudopolypes, et les hémorragies massives augmenteraient considérablement le risque d'atteintes articulaires. Celles-ci, qui en l'absence de complications sont de 12 %, atteignent 37 % lorsqu'existe une suppuration périanales et 28 % lors de pseudopolypes.

Ils signalent également :

6) L'association à des signes cutanés ou oculaires :

Conjonctivite, uvéite, pyoderma fangrenosum, mais surtout érythème noueux. La majorité des auteurs signalent cette association. Ainsi, Bywaters et Ansell notent-ils 21,6 % d'érythème noueux parmi leurs observations de rhumatisme rectocolitique, F. Coste,

Bontoux et Fr. Coste 14,3 %, Fernandez-Herlihy 32,6 %, Ford et Valles 33,3 %, Mac Even 23 % et Wright et Watkinson 35,3 % soit 26,6 % au total, alors qu'on ne retrouve guère que 4,4 % d'érythème noueux dans les rectocolites sans signes articulaires.

Mac Even note 3 uvéites et 5 conjonctivites sur 52 cas d'arthrite rectocolitique, soit 15 %. Serre et Simon ont signalé un cas d'urétrite. Enfin Wright et Watkinson insistent sur les

7) Rapports avec l'extension anatomique de la R.C.H. :

22 % de signes articulaires lorsque tout le cadre colique est atteint, 12 % lorsque le colon gauche seul est intéressé, et 4 % dans les formes limitées au rectum.

11- Aspects des arthrites des membres :

Elles surviennent par poussées séparées par des intervalles libres. La survenue en est brutale dans la moitié des cas, atteignant son maximum d'intensité en 12 à 24 H. Dans l'autre moitié des cas, le début peut être insidieux.

Une seule ou un petit nombre d'articulations sont prises. Dans la majorité des cas il s'agit du genou, de la cheville.

En effet, au cours de 26 poussées observées chez 15 malades, Ford et Valles relèvent l'atteinte du genou seul 5 fois, et 17 fois en association avec d'autres articulations. L'atteinte de la cheville seule 5 fois, et 11 fois avec d'autres articulations, tant au cours de la première poussée que lors des récidives. La plupart des auteurs notent effectivement les atteintes des genoux et des chevilles comme les

plus fréquentes. Viennent ensuite par ordre décroissant les coudes, les poignets, les interphalangiennes distales, les métacarpophalangiennes, les métatarsophalangiennes et les épaules. Bywaters tient pour remarquable l'atteinte des interphalangiennes distales des orteils qui, selon lui, devrait faire rechercher un syndrome de Fressinger-Leroy-Reiter, un psoriasis, une rectocolite hémorragique. Cette localisation ne retient pas particulièrement l'attention des autres auteurs. L'atteinte est volontiers asymétrique, fugace. Les signes objectifs peuvent manquer, mais, même s'ils manquent, il existe des signes biologiques d'inflammation plus ou moins nets .

Pour Fernandez-Herlihy ces arthralgies simples sont fréquentes. Mac Even ne les fait pas intervenir dans ses statistiques.

Wright et Watkinson donnent une description des arthrites vraies : ils décrivent des articulations fluxionnaires, douloureuses, avec parfois un épanchement liquidien ; lorsqu'il existe un épanchement, celui-ci est stérile, quelquefois puriforme, aseptique. Dans sa thèse, Descayrac décrit le liquide comme étant inflammatoire, riche en albumine et en leucocytes, polynucléaires ou lymphocytes. La réaction au Latex et le waaler Rose sont négatifs tant dans le liquide que dans le sérum. Ces arthrites sont de simples synovites n'altérant ni le cartilage, ni l'os ; aussi l'aspect radiologique est-il normal. Au maximum peut-il exister une légère déminéralisation juxta-articulaire.

Ces crises guérissent au terme d'une évolution ne dépassant que rarement six semaines, et le plus souvent sans séquelles.

De rares séquelles à type de déformation ou de douleurs résiduelles ont pu exceptionnelle-

ment être observées.

Ces crises peuvent récidiver. Mac Even a calculé la fréquence de ces récidives : 1,4 la première année, 2 en 5 ans, 2,3 en 10 ans, 2,5 en 15 ans.

Ford et Wallis ont observé 4 récidives chez un malade suivi pendant 7 ans ; 4 chez un autre suivi pendant 10 ans.

III- Les rapports chronologiques entre la R.C.H. et les signes articulaires :

Ils militent en faveur d'une relation pathogénique.

Les première manifestations articulaires surviennent pratiquement toujours après le début de la rectocolite hémorragique, ou en même temps qu'elle (81 % des cas pour Bywaters et Ansell, 90 % pour Mac Even et Fernandez-Herlihy, 100 % pour Ford et Wallis et pour Wright et Watkinson). La concordance des poussées est également fréquente (31 fois sur 51 pour Mac Even, 19 fois sur 30 pour Fernandez-Herlihy, 14 fois sur 17 pour Wright et Watkinson).

La corticosensibilité des poussées digestives et articulaires pèse moins dans la discussion pathogénique que la disparition des troubles après colectomie.

Si Bywater note la persistance, voir l'apparition de signes articulaires après colectomie, et si Mac Even cite 4 persistances de signes articulaires sur 10 colectomies totales, la plupart des auteurs s'allient pour reconnaître l'efficacité de la colectomie.

C- LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE :

1- Circonstances étiologiques :

1) Fréquence :

Sauf pour Rotstein qui lui accorde la première place, l'atteinte axiale semble d'après la plupart des auteurs une complication moins fréquente de la R.C.H. que les arthrites des membres, 16 % pour Bywaters, 7 % pour Coste, 23 % pour Mac Even, 30 % pour Fernandez-Herlihy, 18 % pour Wright et Watkinson, 50 % pour de Sèze. Néanmoins sur le nombre d'observations de rectocolite hémorragique collégées, elle apparaît avec une fréquence importante :

pour Mac Even: 19 SPA sur 1200 RCH, soit 1,6 %
pour Fernandez-Herlihy: 28 SPA sur 555 RCH, soit 5%
pour Ford et Vallis: 2 SPA sur 371 RCH, soit 0,5 %
pour Rotstein: 9 SPA sur 333 RCH, soit 2,7 %
pour Wright et Watkinson: 1 SPA sur 108 RCH, soit 1%
pour Zvaifler: 6 SPA sur 100 RCH, soit 6 %.

Selon Acheson, les malades porteurs de RCH risqueraient 20 fois plus d'avoir une spondylarthrite que les sujets normaux, et pour Rostein ce risque atteint 50 %. On ne peut donc pas parler de coïncidence entre ces deux maladies d'autant qu'un autre fait s'ajoute à celui-ci : c'est la relative fréquence des cas féminins de SPA parmi les rectocolitiques : pour Fernandez-Herlihy 29 % de femmes atteintes, pour Rotstein 22 %, pour Mac Even 10,5 %

Inversement, si parmi les malades ayant une spondylarthrite on recherche ceux qui sont

porteurs d'une rectocolite hémorragique, cette maladie n'est pas rare :

pour ROMANUS, 3 R.C.H. sur 117 S.P.A., soit 3 %
pour COSTE, 1 R.C.H. sur 76 S.P.A., soit 1,3 %
pour STEINBERG, 6 R.C.H. sur 399 S.P.A., soit 1,5 %
pour WILKINSON et BYWATERS, 5 R.C.H. sur 222 S.P.A.,
soit 2,2 %
pour SERRE et SIMON, 4 R.C.H. sur 103 S.P.A., soit 4 %
pour JAYSON et BOUCHIER, 6 R.C.H. sur 33 S.P.A., soit
18%.

On est d'emblée frappé par ce dernier pourcentage ; il correspond à un travail publié en 1968. Ces deux auteurs américains décrivent des cas de RCH infracliniques, découvertes d'endoscopie chez des malades ayant une spondylarthrite. On devine les perspectives qu'ouvre un tel travail.

2) Les rapports avec le type évolutif de la R.C.H. :

Ils sont moins stricts que ceux des arthrites des membres. Il semble que la SPA survienne plus volontiers au cours d'atteintes colitiques d'intensité moyenne mais volontiers diffuses.

3) Les rapports avec la durée de la maladie :

Ils sont là aussi beaucoup moins nets. Il est difficile de la situer chronologiquement par rapport au début de la RCH en raison de son caractère souvent insidieux ou trompeur. La précession des signes articulaires semble plus fréquente : ainsi Mac Even retrouve 20 % de précession de spondylarthrite alors qu'il ne retrouvait que 9,6 % de précession d'arthrites périphériques.

Néanmoins, le début par la RCH est la règle.

11- Aspects de la Spondylarthrite ankylosante :

L'atteinte axiale au cours de la R.C.H. est semblable dans sa traduction clinique à la spondylarthrite ankylosante habituelle. Des douleurs sacroïliaques, lombaires, des sciattalgies, des douleurs dorsales, intercostales ou cervicales peuvent exister signant l'atteinte pelvi-rachidienne. L'aspect radiologique des sacroïliaques se présente comme des érosions des contours articulaires avec condensation de voisinage.

Néanmoins, elle présente quelques aspects particuliers : les fluxions articulaires périphériques seraient fréquentes. D'après Mac Even l'atteinte de la hanche se rencontrerait deux fois plus souvent qu'au cours de la S.P.A. habituelle. Radiologiquement la syndesmophytose serait rare. Zvaifler et Martel ont noté, également des érosions de la symphyse pubienne, des tubérosités ischiatiques, des acromioclaviculaires, sterno-claviculaires et sterno-manubiales.

Mais surtout, on peut noter que l'évolution semble moins extensive ; ainsi Witkinson fait remarquer, ayant réexaminé 212 des 222 cas d'atteinte axiale au cours de la R.C.H. qu'il avait précédemment décrits, que, même lorsque la maladie évoluait depuis 20 ans ou plus, la capacité du malade pouvait se trouver remarquablement peu altérée pourvu que l'on tienne compte de son âge. C'est ainsi que 63 % de ces malades avaient un emploi léger à temps plein, et que seulement 18 % avaient de sévères déformations.

111- Les rapports chronologiques :

La plupart des auteurs s'accordent pour

dire que, même lorsque la S.P.A. suit les signes intestinaux, ses poussées évolutives ne sont pas parallèles à celles de la colopathie. Elles précèdent quelquefois toute manifestation intestinale, c'est ainsi que Jayson et Bouchier ont pu mettre en évidence des R.C.H. infra-cliniques alors que la S.P.A. était patente.

D - HYPOTHESES PATHOGENIQUES.

Les hypothèses pathogéniques évoquées pour la R.C.H. sont nombreuses. Elles font intervenir des facteurs extérieurs et des facteurs constitutionnels variés. Parmi les premiers, on a accusé les carences, les facteurs infectieux qui tendent à être rejetés par la plupart des auteurs du moins comme cause première de la maladie ; la surinfection étant, elle, fréquente.

Parmi les facteurs constitutionnels ou intrinsèques, on a soupçonné le rôle de dysfonctionnement endocrinien, génital ou surrénalien ; le rôle de dérèglement enzymatique, du fait de l'élévation parfois considérable du taux de lysozyme dans les selles des malades atteints de RCH ; ce taux qui peut être abaissé par les agents mouillants sans changer l'évolution de la maladie ; le rôle du système nerveux, incitation anormale du système neurovégétatif, enfin la théorie allergique ou immunologique (Bernier, Lambling et Cornelis comparent la RCH à un "eczema du colon") demeure la plus en faveur, la RCH comptant parmi les maladies avec auto-anticorps).

La pathogénie du rhumatisme rectocolitique, du fait même de cette diversité de conceptions est malaisée. L'attention s'est portée principalement sur deux hypothèses :

- 1 l'hypothèse infectieuse
- 11 l'hypothèse allergique.

1- L'hypothèse infectieuse :

Le liquide de ponction ayant toujours

été stérile même lorsqu'il existait une exceptionnelle fistule il ne s'agit certainement pas d'arthrites septiques.

On a évoqué le rôle d'un virus qui serait responsable, non pas de la RCH et de ses manifestations rhumatismales mais de ces dernières seules. Il s'agirait d'un entérovirus, franchissant la barrière intestinale à la faveur d'une ulcération de la muqueuse colique.

On ne peut manquer de faire le rapprochement avec le syndrome O.U.S. de Fiessinger-Leroy-Reiter quand celui-ci est consécutif à un épisode dysentérique comme celà se voit dans la forme épidémique. Cachin et Antebi ainsi que Hillemand se sont appliqués à mettre en évidence les analogies existant entre les deux maladies. Si on note fréquemment un épisode dysentérique au début du syndrome O.U.S. les rapports chronologiques liant les signes articulaires aux poussées de la maladie digestive ne sont pas retrouvés avec la même rigueur qu'au cours de la RCH. Le syndrome O.U.S. qui peut se compliquer de SPA, d'ulcération fréquente est plus souvent que la RCH accompagné de lésions oculaires à type d'uvéïte, de conjonctivite. Serre et coll. sont les seuls à notre connaissance à avoir signalé une urétrite au cours de la RCH. Les lésions histologiques synoviales du rhumatisme rectocolitique se distinguent nettement de celles du syndrome O.U.S. (l'une de nos malades fait cependant exception dont la synoviale était histologiquement compatible avec un syndrome de Reiter). Enfin la recherche d'inclusions "virales" dans le liquide articulaire et le prélèvement conjonctival est très généralement négative. Seule l'observation de Bourel et coll. fait, à notre connaissance, exception à cette règle. Pour notre part, nous n'avons pas constaté d'inclusions de ce type chez nos six ma-

lades qui ont pu bénéficier de cette recherche.

11- Hypothèse allergique ou immunologique.

Certains arguments sont en faveur de l'origine allergique des arthrites ; en effet la fugacité de celles-ci, leur caractère résolutif, leur survenue parallèlement aux poussées intestinales, leur habituelle disparition durable après colectomie, ainsi que la présence fréquente d'un érythème noueux, prêchent en faveur de cette hypothèse.

L'allergie peut être en rapport avec des facteurs constitutionnels ou des facteurs extérieurs, microbiens ou viraux.

1) allergie virale ou microbienne :

Si Catlan rejette formellement cette hypothèse à l'origine même de la RCH, il pense que ses complications articulaires sont des phénomènes allergiques aux toxines des germes de surinfection intestinale. Roberte a obtenu chez plusieurs malades des réactions locales et syndromiques intestinales (il ne semble pas qu'il ait obtenu de réactions syndromiques articulaires) à l'injection intradermique d'antigènes microbiens préparés à partir des propres germes du malade, isolés par coproculture. Nous n'avons jamais retrouvé d'hyperéosinophilie sanguine chez nos malades. Par contre, comme l'a signalé Lambling, nous avons noté six fois sur sept une hyper globulinémie à l'électrophorèse avec des chiffres s'échelonnant de 20 à 31 %.

2) Les phénomènes autoimmunitaires :

La présence d'anticorps anticolons au cours de la RCH ne manque pas d'évoquer l'origine immunologique de ses manifestations articulaires et permet d'envisager un rappro-

chement avec d'autres affections rhumatismales dont l'origine immunologique est fortement suspectée : le lupus érythémateux disséminé et surtout la polyarthrite rhumatoïde. Les travaux de Mac Even et ceux de Wright et Watkinson qui ont étudié et comparé des séries de RCH et de polyarthrites rhumatoïdes (P.R.) s'inscrivent contre l'assimilation à celle-ci. Déjà suspectée sur la clinique (asymétrie habituelle des arthrites de la RCH, symétrie dans la P.R. ; fugacité des atteintes dans la RCH, contrairement à la P.R., signes radiologiques et séquelles quasi constamment absents dans la RCH ; forme spondylarthritique de la RCH) la différence entre les deux affections est affirmée par la constante négativité des réactions de détection du facteur rhumatoïde. Les quelques rares exceptions que signalent Bywaters et Mac Even semblent être dûes à des coïncidences.

Un point reste obscur : c'est la constatation sur les biopsies de synoviales, qui ont pu être faites, de lésions histologiques semblables à celles observées au cours des P.R. Bywaters, Mac Even, F. Coste, Bontoux et Fr. Coste ont observé "une prolifération villositaire, une hyperplasie de la couche bordante, une hypercellularité du tissu de soutien, une hypervascularisation capillaire et un infiltrat histio-lymphoplasmocytaire".

Nous avons constaté cet aspect chez deux de nos malades et ceci fait supposer qu'il s'agit d'un même groupe de maladies.

Les théories modernes faisant ressortir la part du tissu lymphoïde dans les réactions immunologiques, on ne peut pas ne pas être frappé par le fait que les atteintes de la partie basse de l'iléon et du colon, qui sont des segments de l'intestin particulière-

ment riches en formations lymphoïdes, sont souvent à l'origine de manifestations rhumatismales (maladie de Crohn, de Whipple, de Nicolas Favre, syndrome O.U.S., R.C.H.). Il a été tiré argument de ceci pour faire l'expérience de traitements immunodépresseurs. Il est peut être encore un peu tôt pour juger de leur efficacité. Néanmoins sur 7 cas de RCH des auteurs anglais Theodor et coll. ont obtenu 4 rémissions avec l'Imuran.

E - PROBLEMES THERAPEUTIQUES :

Les arthrites posent peu de problèmes thérapeutiques. Elles sont en effet le plus souvent résolutive avec l'arrêt de la poussée intestinale et le traitement de la R.C.H. amène généralement la sédation de ces arthrites.

Néanmoins il est parfois nécessaire de recourir, outre les antalgiques banaux, à une corticothérapie qui trouve son indication tant pour la R.C.H. que pour le rhumatisme rectocolitique. Son efficacité semble assez inégale d'un cas à l'autre. Malgré la remarquable efficacité du traitement chirurgical de la R.C.H. sur les arthrites, il ne semble pas que l'acuité de celles-ci aient pu avoir une incidence sur l'indication opératoire, qui est essentiellement en fonction de la gravité de la maladie. La spondylarthrite ankylosante pose plus de problèmes. Certes la corticothérapie peut, dans certains cas, être efficace, mais elle peut également n'avoir aucune action bénéfique. Les antimalariques sont en général plus efficaces. Quant aux antiinflammatoires : phénylbutazone, indométhacine, ils sont souvent efficaces mais doivent être employés avec la plus grande prudence augmentant le risque d'accidents colitiques hémorragiques. Aussi la classique radiothérapie antiinflammatoire peut-elle être indiquée dans certains cas.

OBSERVATIONS

-:-

A- DESCRIPTIONS :

OBSERVATION N° 1 :

Le début des troubles de

Monsieur G... Maurice

remonte à

- juillet 1962, à l'âge de 33 ans,
par un abcès anal qui coïncide avec des arthralgies sans modification locale des deux genoux, des deux chevilles, des deux poignets. L'abcès est opéré ; les manifestations articulaires n'ont duré que quelques jours.
- en septembre 1962,
une nouvelle poussée d'arthralgies coïncide avec la constitution d'une fistule anale ; on institue alors un traitement à base de Rovamycine, Extencilline, auquel on ajoute 40 mg de Triamcinolone. Ce traitement corticoïde sera jusqu'en février 1963 et évitera toute nouvelle poussée articulaire.
- en janvier 1963,
apparaît un **érythème** au niveau de la crête tibiale droite qui fait suspendre le traitement corticoïde.

- de janvier à octobre 1963,

les arthralgies sont fréquentes et une poussée nettement plus intense revient tous les 2 ou 3 mois.

- en octobre 1963,

survient un érythème noueux fait de 4 nodosités sur la crête tibiale droite, et une nodosité sur la face postérieure de la jambe gauche. Ces éléments sont très douloureux. L'éruption dure 2 mois et s'accompagne de fièvre à 39°, de vomissements fréquents et d'une diarrhée. On reprend le traitement corticoïde auquel on adjoint de la pénicilline et de la streptomycine, jusqu'en

- janvier 1964,

le malade va bien, mais à la veille de subir la cure de fistule anale, une poussée articulaire particulièrement intense fait surseoir à l'intervention qui sera pratiquée en février.

- en avril 1964,

on note une éruption purpurique des membres inférieurs, alors que s'instaure une diarrhée qui, en quelques mois, altère considérablement l'état général du malade qui perd 20 kg.

- fin juillet 1964,

le malade consulte conjointement les Professeurs Conte et Coste. Au point de vue digestif : la diarrhée continue depuis mai 1964 ; elle a été précédée par quelques épisodes brefs et elle est faite de 6 à 8 selles liquides jaunes, fétides, purulentes, associées à des douleurs en cadres calmées par l'exonération. Au point de vue articulaire : il existe des douleurs au niveau des chevilles, des genoux, des poignets, associées à une impression de raideur musculaire. On note alors des nodosités : 2 sous la plante des pieds, une latéro-

tibiale droite, une sur la face postérieure de la jambe gauche. L'examen clinique est normal. Les mouvements sont peu entravés au niveau des articles douloureux.

- les images radiologiques des articulations touchées sont normales ; les examens complémentaires montrent une anémie à 3 900 000 Globules rouges sans leucocytose, 5 400 globules blancs, mais 60 % d'hémoglobine avec une valeur globulaire à 0,75.

La vitesse de sédimentation est à 48 à la première heure, l'urée à 0,25 g/l, la glycémie à 1,05 g/l, les protides à 82 g/l avec 34,8 % d'albumine, 7 % d'X1 globuline, 12 % d'X2, 15,2% de , 31 % de , le latex et le Wader Rose sont négatifs.

--le lavement baryté affirme le diagnostic de colite ulcéreuse du colon transverse et du sigmoïde ; le malade est alors adressé pour traitement dans le service du Professeur Conte à Saint-Antoine.

OBSERVATION N° 2.

Mademoiselle Q... Claudia a 25 ans quand elle entre dans sa maladie en 1963.

Il s'agit alors de discrets troubles intestinaux, sans signes prémonitoires, sans douleurs caractérisées, par l'émission dans des selles fécales de quelques glaires et de quelques stries sanglantes. Cet épisode dure 2 à 3 jours et se répète tous les quinze jours ou tous les deux à trois mois.

Progressivement les troubles s'accroissent. Apparaissent des signes prémonitoires, épreintes, tenesme ; la fréquence des épisodes augmente et les émissions de sang deviennent plus importantes et plus prolongées. Il n'existe pas de douleurs coliques calmées par l'exonération, de douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit.

- en mars 1966,

la malade fait un syndrome grippal avec fièvre, myalgies, catarrhe rhinopharyngé et conjonctivite. Au bout de quelques jours les troubles digestifs réapparaissent : tenesmes, épreinte, rectorragies mêlées à des selles mucopurulentes émises **trois** à quatre fois par jour. L'asthénie est intense, l'anorexie totale, et on note bientôt un amaigrissement de 6 kg.

Le tableau est tel que la malade est hospitalisée dans le service du Professeur Laroche pour éliminer le diagnostic de typhoïde. La malade pèse alors 51 kg, mais l'examen est entièrement normal. Elle est apyrétique, mais présente une hyperleucocytose avec 12 400 globules blancs sans modification de la formule.

Une première coproculture est négative mais on note la présence d'hématies et de polynucléaires altérés.

La deuxième coproculture montre un staphylocoque doré.

Les hémocultures sont négatives. Au 20^e jour le sérodiagnostic de Widal est positif au 1/600 pour les antigènes O et au 1/200 pour les antigènes H. Au 2^eme mois, après le début des troubles il est positif au 1/400 pour les antigènes O et 1/200 pour les antigènes H. Mais on ignore si la malade a été vaccinée.

La recherche de cellules LE est négative.

Le staphylocoque doré est incriminé pour la conjonctivite.

Un bilan intestinal comportant un lavement baryté, une rectoscopie et une biopsie rectale montre alors :

- un rétrécissement de la jonction sigmoïdocolique sans lésions pariétales organiques, mais un aspect marécageux.

- une muqueuse de l'ampoule rectale congestive, légèrement granitée et au niveau du segment supérieur du rectum, une muqueuse pale d'aspect atrophique avec des vaisseaux apparents.

- la biopsie met en évidence le caractère atrophique et hypersécrétant de la muqueuse.

Au total ce bilan est compatible avec le diagnostic de rectocolite hémorragique en phase non évolutive.

Un traitement de trois semaines par le chlo-

ramphénical entraîne la disparition des troubles . De cette hospitalisation, on conclut que diagnostic le plus probable est celui de rectocolite hémorragique, mais que seule l'évolution apportera la certitude. Effectivement une nouvelle poussée en

- novembre 1966,

confirme l'idiagnostic. Elle est faite d'une diarrhée quotidienne de 20 selles afécales, contenant sang, pus et sérosités. L'état général se ressent très vite de cette diarrhée. Une rectoscopie montre une muqueuse rouge sombre, granuleuse, hémorragique, saignant au moindre contact, sans plaques saines, sans ulcération ni enduit. Le diagnostic peut être fait et il sera appuyé par le lavement baryté qui met en évidence un sigmoïde tubulé, dépourvu de toute segmentation, aux contours finement irréguliers, festonnés. Ce segment intestinal ayant perdu toute souplesse, retrouve le même aspect au niveau du colon gauche. Les colons transverse et droit étant normaux.

Il s'agit donc d'une rectocolite hémorragique du rectosigmoïde et du colon descendant. Des lavements au Betresol et des lavements épithélialisants sont prescrits avec succès puisque la malade restera en bon état digestif jusqu'en

- octobre 1967,

où survient une nouvelle poussée superposable à la précédente. La vitesse de sédimentation est à 50 minutes à la première heure. Avec le thiophénicol, tout rentre dans l'ordre mais au décours de cette poussée apparaissent des douleurs au niveau de l'insertion des tendons rotuliens droit et gauche et du tendon d'Achille droit. On ne note pas de signes inflammatoires aux genoux ni à la cheville droite, mais la

mobilisation de ces jointures réveille des douleurs qui disparaissent en trois ou quatre jours.

- en juillet 1968,

une nouvelle crise de rectocolite entraîne un amaigrissement de 9 kg en quelques jours et s'accompagne de signes biologiques d'inflammation : la vitesse de sédimentation globulaire est à 120 à la première heure ; il existe une hyperleucocytose à 11 000 globules blancs, et l'électrophorèse montre une augmentation des α_2 globulines à 18 %.

Dix jours après le début de cette poussée, de nouveau la malade souffre de ces deux genoux et de la cheville gauche ; les mouvements sont entravés pendant 3 jours.

Coïncidant avec la fin de la poussée articulaire, survient une éruption cutanée qui se constitue en plusieurs jours, faite de 7 à 8 éléments siégeant au niveau des membres inférieurs, uniquement en dessous des genoux, sur les crêtes osseuses, éléments saillants violets, dure, indolore, tant spontanément qu'à la pression, et qui évoluent pour leur propre compte en 8 jours, se plissant, s'aplatissant, laissant une cicatrice brun-vert. L'évolution de l'ensemble se fait en trois semaines. Il s'agit d'un érythème noueux.

- début septembre 1968, alors que la poussée paraît enrayée, la surveillance biologique montre une accélération de la VS à la première heure, en même temps que le nombre de selles émises passe de 1 à 4. Surviennent alors des douleurs articulaires des deux poignets, des deux coudes, de l'épaule gauche, des deux genoux, des deux chevilles, de l'avant pied droit et gauche. Ces douleurs s'associent à un gonflement des articles, une augmentation

de la chaleur locale alors que seuls sont rouges la cheville et l'avant pied droit. La mobilisation est très douloureuse.

Il s'agit d'une atteinte anarchique, éphémère, variable, touchant un article, le relâchant puis le reprenant. La malade est alors hospitalisée dans le service pour que soit fait le bilan de cette polyarthrite.

Malgré l'amaigrissement non restauré depuis juillet, l'état général est bon. Il existe un fébricule vespéral à 38°, 38°5. L'examen articulaire montre, en l'absence de limitation vraie des mouvements, une discrète douleur à la mobilisation maximum des poignets, de l'épaule et de la cheville gauches.

Dans les jours qui suivent, on note en regard de la cheville gauche un placard rouge qui va se rétrécir, fluctuer, puis se fistuliser. L'examen de la sérosité montre la présence d'un staphylocoque non pathogène. La guérison est obtenue avec trois millions par jour de colimycine pendant une semaine. Les radiographies des articulations sont toutes normales et en particulier celles de la cheville gauche.

Parmi les examens complémentaires pratiqués, un latex et un waaler-Rose sont négatifs, de même que la recherche de cellules LE.

La numération ne montre pas d'anémie, mais une hyperleucocytose à 13 800 sans modification de la formule. La VS est à 96-118. L'uricémie est normale. L'électrophorèse de 74 g/l de protides totaux se répartit ainsi : albumine 44,5 %, α 1 15,5 %, α 2 16,5 %, β 14 %, γ 19,5%. Les immunoglobulines sont normales. La coproculture met en évidence du bacille pyocanique et des Escherichia Coli.

Le liquide synovial examiné comporte de nombreux vagocytes et des inclusions macrophagiques, mais pas d'inclusions virales. On n'en retrouve pas non plus dans les cellules conjonctales et urétrales. Une biopsie de synoviale du genou (Dr Guiraudon) montre une synoviale un peu hyperlasique dont la bordure est bien individualisée et même un peu hyperlasique. La couche sous synovioblastique est un peu hypercellulaire et évolue vers la sclérose. Les modifications pathologiques portent surtout sur les capillaires qui sont très nombreux, dilatés. On trouve un épaississement hyalin et fibrinoïde de l'endothélium, une réaction inflammatoire lymphoplasmocytaire souvent périvasculaire. Au total un aspect presque viral.

Avec un traitement symptomatique de la R.C.H. la malade qui n'avait pas refait de crise intestinale, allait très bien du point de vue articulaire deux mois après sa sortie.

OBSERVATION N° 3.

Madame C... Josiane, âgée de 25 ans, est adressée dans le service en février 1968 pour Polyarthrite évoluant par poussées précédées de diarrhée.

Le début des troubles remonte à novembre 1962 où la malade souffre d'une diarrhée faite de 5 à 10 selles glaireuses non sanglantes par jour, accompagnée de douleurs abdominales. Quinze jours après le début de cet épisode diarrhéique survient une arthrite du genou droit. Celui-ci est augmenté de volume, chaud, douloureux à la mobilisation, mais la peau garde une coloration normale. Malgré un taux d'antistreptolysine normal, cet épisode est étiqueté rhumatisme articulaire aigu, et un traitement par Extencilline et Celestène est prescrit. Les troubles régressent en un mois.

- en février 1963,

la malade consulte à nouveau son médecin traitant car elle éprouve des phénomènes de blocage du genou droit. Elle est alors opérée pour ostéochondrite ; le "corps étranger" intraarticulaire est enlevé.

- en mars 1965,

il se produit un épisode de diarrhée sans signes articulaires, qui dure 3 semaines et cède en 24 heures lorsque l'extencilline est prescrite.

- en juillet 1965,

c'est un troisième épisode digestif qui survient trois mois après le précédent. Cette fois l'arthrite du genou droit est contemporaine du début de l'épisode diarrhéique. Le genou est le siège d'une hydarthrose qui est ponctionnée. Une infiltration locale est faite, et en trois semaines sous Extencilline et Cé-

lestène, tout rentre dans l'ordre.

A ce moment, alors que la malade était enceinte de deux mois, un diagnostic de péri-cardite aurait été porté sur les données d'un électro-cardiogramme que nous n'avons pu obtenir.

- en décembre 1966,

intervient la quatrième poussée. Là encore, le début des troubles digestifs et celui de l'arthrite du genou droit sont simultanés. L'extencilline et le Celostène sont moins actifs que lors des précédentes poussées puisqu'il faudra deux mois pour voir la fin de cet épisode.

Les examens faits alors montrent une numération-formule sanguine normale, une vitesse de sédimentation globulaire accélérée à 63 mm à la première heure, un taux d'antistreptolysines à 20 Unités.

- en février 1967,

il existe de nouveau un corps étranger intra-articulaire qui doit être enlevé ayant entraîné une hydrarthrose. Trois mois plus tard c'est la :

- cinquième poussée,

de diarrhée et d'hydrarthrose du genou. La Tifomycine prescrite en stoppe l'évolution, mais laisse persister une fièvre due à la formation d'un abcès anal qui est excisé mais qui se compliquera d'une fistule nécessitant 2 interventions l'une en octobre, l'autre en décembre 1967.

- janvier 1968,

c'est la 6^e poussée. La diarrhée est faite de 4 à 5 selles non sanglantes, glaireuses par 24 heures. Elle est très douloureuse en raison des séquelles de l'intervention pour fis-

tule. Elle s'accompagne non plus d'une monoarthrite, mais d'une oligo arthrite qui touche le genou droit et la cheville droite, augmentés de volume et douloureuse à la mobilisation.

Les différents traitements alors prescrits (Pénicilline, streptomycine, colimycine-pénicilline, charbon etc) restent sans effet.

- le 10 février 1968,

la malade est adressée dans le service pour faire le bilan de ses manifestations rhumatismales. Elle conserve ses troubles digestifs et des arthralgies du genou et de la cheville droite, mais ceux-ci sont moins oedematiés. L'examen articulaire montre une diminution d'amplitude des mouvements de ces deux articles, et un choc rotulien. Les autres articulations sont libres. Les sacroiliaques sont indolores à la pression directe, à l'abduction, et à la pression des ailes iliaques; la distance main-sol est de 10 cm; l'ampliation thoracique est de 6 cm; l'examen pulmonaire et cardiaque est normal; la tension artérielle est à 14-8.

L'abdomen est souple, l'examen neurologique est normal, les aires ganglionnaires sont libres. Les examens complémentaires sont les suivants :

- une numération-formule sanguine montre 4590000 globules rouges, 9400 leucocytes avec 74 % de polynucléaires neutrophiles, 1 % d'éosinophiles, 24 % de lymphocytes, 1 % de monocytes.

- l'hémoglobine est à 70 % de la normale avec une valeur globulaire à 0,79.

- une première VS à l'entrée est à 58 à la première heure, une deuxième sera à 107, mais il

existe une infection d'une fistule rectovaginale qui sera opérée quelques jours plus tard dans le service du Professeur Léger.

- le test au Latex et le test de Waaler-Rose sont négatifs de même que la recherche de cellules de Hargrave et la recherche d'inclusions cellulaires dans le frottis uréthral et le prélèvement conjonctival.

- le liquide synovial du genou montre 5 300 éléments par mm³ dont 55 % de polynucléaires, 24 % de lymphocytes, 3 % de monocytes, 18 % de ragocytes, pas de cristaux, pas d'inclusion, pas de germe. La sérologie y est négative.

Une biopsie a été faite. Elle montre une synoviale hyperlaxique, hypertrophique. Il existe des nécroses libres et de surface, une hyperplasie de bordure, une hypercellularité du tissu de soutien, une hypervascularisation capillaire, un infiltrat lymphoplasmocytaire ; il s'agit donc d'un aspect typiquement rhumatoïde.

Les radios des genoux et des chevilles sont normales, de même que les sacroïliaques.

Le lavement baryté montre une perte des haustrations coliques, un aspect marécageux du colon gauche, atone, tubulaire, des anses grêles anormalement opacifiées faisant suspecter une lésion du coecoascendant.

Cet aspect évoque fortement une rectocolite hémorragique dont la preuve formelle n'a pu être apportée par la biopsie rectale.

Un traitement par Salazopyrine, charbon, métaclopramine pour les troubles digestifs et acide flufenamique pour ses troubles arti-

culaires a été prescrit entraînant une amélioration puis une sédation totale de toute la symptomatologie.

Nous avons revu cette malade quelques mois plus tard, débarrassée de ses fistules et en parfait état général.

OBSERVATION N° 4.

Monsieur D... Gabriel a 61 ans quand il consulte son médecin traitant en

- décembre 1963,

pour une lombalgie droite, d'apparition récente. Le médecin prescrit des corticoïdes en intramusculaire, et la douleur est très rapidement calmée.

- en février 1964,

il s'agit cette fois d'une douleur de la cheville droite qui n'empêche pas la marche, bien qu'entraînant un certain degré de boiterie. Cette douleur d'horaire mécanique va en augmentant d'intensité, conservant à la cheville son aspect normal sans signe d'inflammation.

- en avril 1964,

apparaissent des douleurs cervicales empêchant complètement la rotation de la tête. Les corticoïdes prescrits sont cette fois inefficaces et les douleurs de la cheville et de la nuque vont en augmentant d'intensité durant tout le mois de

- mai 1964,

où pour la première fois surviennent des douleurs coliques suivies de l'émission de sang dans les selles. La corticothérapie est suspendue et il s'ensuit une poussée articulaire, les douleurs de la nuque irradiant vers les épaules.

- en juin 1964,

les selles sont devenues nombreuses, 8 à 10 par jour, glaireuses, mêlées de sang, et entravent la vie quotidienne du malade qui doit suspendre son activité et bientôt devra être

hospitalisé à Caen.

Une rectoscopie et une biopsie rectale décèlent une rectocolite hémorragique certaine. La vitesse de sédimentation est alors à 60 à la première heure.

12 séances de radiothérapie sont prescrites pour les douleurs cervicales. Elles ont un effet bénéfique très rapide.

Au cours de l'hospitalisation, des douleurs des 2 pieds apparaissent pour la première fois; elles disparaîtront également après radiothérapie locale.

- d'octobre 1964 à mai 1965,

l'état digestif est stabilisé par des lavements puis des comprimés de Betnesol, par contre l'état articulaire est médiocre : les deux pieds sont augmentés de volume, chauds, sièges de douleurs intenses que 20 nouvelles séances de radiothérapie ne calment pas. Une radiographie pratiquée alors montre une image d'algodystrophie réflexe.

- en mai 1965,

alors que le malade fait une cure à Aix-les-Bains, une poussée de rectocolite hémorragique avec 10 selles par 24 heures est accompagnée de violentes arthralgies des genoux, de l'épaule droite, des coudes, des interphalangiennes proximales des 2 pouces, des deux poignets, ainsi que des douleurs au niveau des pieds.

L'Indométhacine s'avère efficace sur les douleurs et un traitement symptomatique du syndrome digestif est entrepris.

- c'est en août 1965,

qu'il est adressé dans le service. Dans ses antécédents rien de très notable, si ce n'est

une sciatique dix ans auparavant et la survenue épisodique de rhume des foins, donc une petite tendance allergique.

A l'examen articulaire, on note :

- une raideur rachidienne en rapport avec l'âge
- membre inférieur droit : la métatarsophalangienne du gros orteil est douloureuse à la mobilisation, la tibiotalarsienne paraît normale, les péronéotibiales supérieure et inférieure sont douloureuses à la pression. Il existe un point douloureux exquis au niveau du grand trochanter.
- membre inférieur gauche : la tibiotalarsienne est douloureuse, de même que la pression du calcaneum. Il existe un œdème de la cheville ne prenant pas le godet, le genou est chaud, douloureux, mais la ponction reviendra blanche. La hanche est normale.
- la trapezometacarpienne et la radiocarpienne droites sont sensibles aux mouvements forcés de même que
- l'épaule et le poignet gauches.
- il n'existe pas d'atteinte clinique des sacroïliaques.

L'examen général est normal. Les radiographies montrent une fusion complète de la sacroïliaque droite, partielle de la gauche, une syndesmophytose au niveau du disque L2 et L3, une porose diffuse du pied avec un aspect géodique des têtes des métatarsiens et des épiphyses voisines des phalanges, un aplatissement de l'astragale et des images de calcanéite bilatérale avec microgéodes calcanéennes.

Le lavement baryté montre des lésions rectales et sigmoïdiennes.

Il s'agit donc d'une spondylarthrite ankylosante. Des examens complémentaires sont pratiqués : une VS accélérée à 33 à la première heure, une NFS normale ; un taux de protides totaux normal, mais une augmentation à 23 % des -Globulines à l'électrophorèse (le Latex et le Waaler-Rose sont négatifs). Une recherche d'anticorps anticolons s'est révélée faiblement positive.

Le pouvoir histaminopexique a été retrouvé deux fois de suite très diminué (à 10 % de la normale), la recherche d'inclusion est négative.

Le traitement par quelques infiltrations locales d'hydrocortisone et 75 mg/jour d'Indométhacine a eu raison des douleurs articulaires. L'Indométhacine per os a été remarquablement tolérée malgré la R.C.H.. Celle-ci a été stabilisée par des lavements aux corticoïdes.

En novembre 1965 le malade rentrait chez lui en bon état général.

L'hiver s'est bien passé mais au cours du printemps 66 l'état se dégrade progressivement tant au point de vue digestif qu'articulaire. Le malade est décédé à l'hôpital de Caen où il avait été conduit pour une hématémèse foudroyante.

OBSERVATION N° 5.

Monsieur J... Jean-Marcel, ouvrier spécialisé, est âgé de 35 ans quand il entre dans le service de rhumatologie de l'hôpital Cochin en 1965.

Le début de ses troubles remonte au mois de

- décembre 1956,

par des douleurs coliques accompagnées d'une diarrhée faite de 4 à 5 selles, molles, glai-reuses, par jour, et d'épreintes avec parfois émission de sang rouge en fin de selle.

Du bismuth prescrit n'améliore en rien l'é-tat et une hospitalisation à l'Hôpital Foch est décidée ; le malade y entre en

- juillet 1957,

une rectoscopie est faite et le diagnostic de rectocolite hémorragique est évident.

Au cours de cette hospitalisation de trois semaines un régime est institué, et 3 injections de T.A.B. sont faites. Une petite amélioration s'en suit, mais persistent encore 2 selles mi-épaisses par jour. C'est à ce moment que les premières douleurs articulaires sont ressenties ; au début peu intenses, elles siègent au niveau de la région dorsolombaire, irradiant vers les cuisses ; nettement plus violentes le matin, elles nécessitent un dérouillage de une à deux heures.

- en décembre 1957,

survient une sciatique gauche qui s'améliore partiellement.

- au cours de l'année 1958,

la maladie digestive s'accroît : 5 à 6 selles glaireuses sont mêlées de sang ; en même temps, s'installe une raideur dorsale qui s'accompagne de douleurs rachidiennes.

- au cours de l'été 1959,

la raideur dorsale s'accroît brutalement à la suite d'un épisode de 8 jours pendant lequel le malade reste alité avec des douleurs dorsolombaires irradiant dans les deux jambes.

Le diagnostic de spondylarthrite est alors porté. Le malade n'ayant pas évoqué la présence d'une rectocolite hémorragique, sa SPA est traitée par de l'Aspirine et de la Phénylbutazone qui atténue les douleurs mais accroît les troubles coliques.

Il est suivi par son médecin traitant jusqu'en 1964 avec de la phénylbutazone qui calme ses douleurs, mais n'empêche pas son rachis cervical de s'enraidir progressivement et surtout laisse persister des troubles coliques.

Abandonnant la phénylbutazone pour un traitement homéopathique, le malade voit son état colique s'améliorer, mais ses douleurs articulaires empirer.

- c'est alors qu'en janvier 1965,

il est adressé à la clinique de Rhumatologie de l'hôpital Cochin.

Dans ses antécédents on ne retrouve rien de notable, pas d'urétrite, une conjonctivite à l'âge de 12 ans.

À l'examen articulaire le diagnostic de spondylarthrite ankylosante s'impose. La nuque est raide, la flexion, l'extension, les rotations sont nulles.

Le rachis est raide : la distance main-sol est de 46 cm ; la distance occiput-mur est de 8 cm.

L'ampliation thoracique est de 1 cm.

On retrouve une douleur à la pression latérale des ailes iliaques et à la pression des sacroïliaques. Les autres articulations sont absolument normales, de même que l'examen général.

Les examens complémentaires montrent :

- une urée à 0,30 g/l,
- une glycémie à 1 g/l,
- une épreuve de Van Slyke à 82 %,
- des protides totaux à 92 g/l avec 47 % d'albumine, 5 % d' 1 globulines, 9,5 % d' 2, 13,5 % de et 25 % de globulines,
- la VS est à 6 à la première heure,
- les NFS sont normales
- le Latex et la Waaler-Rose sont négatifs.
- le lavement baryté montre une atteinte du colon gauche avec perte des haustrations et aspect lisse des bords, le colon droit est normal.
- l'examen ophtalmique montre une conjonctivite bulbaire et palpébrale hypermiée sans follicule ni papille,
- la recherche d'inclusions "virales" dans les cellules uréthrales et conjonctivales est négative.

Les radiographies montrent une sacroïliaque gauche élargie aux bords condensés et irréguliers, une sacroïliaque en partie fusionnée sauf le pied qui est condensé et irrégulier. Au niveau du rachis cervical, la lordose physiologique est effacée ; il existe des syndesmo-phytes au niveau des disques D12-L1 et L4-L5.

Avec des lavements au Betnesol et 100 mg d'Indomethacine, le malade est en très bon état et sort le 1 mars 1965.

Il est suivi en consultation jusqu'en mai 1966, revenant régulièrement tous les 2 ou 3 mois, car il présentait, malgré l'indométhacine et les lavements au Betnesol 2 fois par semaines, des poussées rigoureusement parallèles de troubles intestinaux et articulaires.

- en mai 1966,

le malade souffre beaucoup de son rachis cervical surtout à l'arrêt des ascenseurs et à la descente des trottoirs.

Au cours de cette année 65-66, on a pu remarquer que la corticothérapie générale, même mineure, induite par les lavements au Betnesol avaient une influence bénéfique tant sur la maladie digestive que sur ses complications articulaires, car dès l'arrêt de cette thérapeutique une exacerbation de tous les signes survenait.

C'est la raison qui conduisit à proposer une deuxième hospitalisation au cours de laquelle on tentera également la mise au point d'un appareillage de type corset de Swann.

- Le bilan articulaire montre :
 - une distance nuque-mur de 8 cm,
 - une distance mains-sol de 50 cm,
 - une distance menton-sternum de 8 cm,
 - une ampliatiion thoracique de 1 cm,
- le rachis cervical est bloqué ; il existe une cyphose dorsale importante et la lordose lombaire a disparu,
- il existe une atteinte discrète des hanches portant essentiellement sur la flexion (90° à D - 110° à G).

- les épaules sont légèrement douloureuses ; l'abduction est limitée à 90° mais les autres mouvements sont normaux.
- la temporomaxillaire est raide et douloureuse, l'ouverture maximum de la bouche est limitée à 3,5 cm.
- l'examen cardiovasculaire est normal. Les bruits du coeur sont réguliers ; il n'existe pas de souffle diastolique ; les pouls périphériques sont tous perçus.
- l'examen digestif montre un abdomen un peu douloureux ; 5 selles par jour

Le reste de l'examen est normal mais,

- le bilan radiologique révèle une subluxation antérieure de l'atlas, une syndesmophytose rachidienne ; les sacroïliaques sont inchangées par rapport aux derniers clichés ; les coxofémorales sont normales.
- un appareil de Swann avec appui total est réalisé.

Le malade sort alors avec 100 mg d'Indométhacine et de la Salazopyrine.

- en novembre 1966,
malgré le traitement bien suivi c'est une nouvelle poussée digestive et articulaire : "les deux vont de pair" dit le malade.

Une radiothérapie anti-inflammatoire étant restée sans effet, on se résout à une corticothérapie générale faite d'une injection d'un corticoïde retard tous les 5 jours. Trois semaines plus tard on peut constater la remarquable efficacité de ce traitement. On peut alors éloigner à 10 jours les injections.

On notera lors d'une consultation un érythème de la nuque qui n'avait pas été irradiée, et qui a été résolutif en une semaine. Au cours des années 67 et 68 il sera revu régulièrement à la consultation. Au prix d'une corticothérapie bien tolérée, la stabilisation est à peu près obtenue jusqu'en

- janvier 1969,

Mr. J. est en assez bon état intestinal, l'ampliation thoracique est de 3 cm. Les distances nuque-mur 8 cm, occiput-mur 9 cm, n'ont pratiquement pas varié depuis 2 ans.

OBSERVATION N° 6.

Mademoiselle C... Eliane voit débiter sa maladie à l'âge de 20 ans.

- c'est en novembre 1965,

un épisode fait de 4 à 5 selles diarrhéiques et sanglantes par jour conduit la jeune malade à consulter un spécialiste de gastroentérologie qui l'adresse dans le service du Professeur Lambling où le diagnostic de rectocolite hémorragique est immédiatement porté, sur les données cliniques, radiologiques et endoscopiques. Un traitement par Ganidan, antibiotiques et lavements au Betnesol est prescrit. Bien suivi, il sera inefficace et sera remplacé par une corticothérapie orale.

- en avril 1966,

alors que la malade suit un traitement fait de 30 mg de Cortancyl, apparaissent des arthralgies fugaces des deux genoux, ne durant que quelques jours, mais surtout les signes digestifs s'accroissent. Il y a jusqu'à 15 selles sanglantes par jour. L'état général s'altère : en trois semaines la malade perd 10 kg. Devant cet aspect suraigu de la maladie qui s'aggrave malgré un traitement corticoïde bien conduit, une intervention est décidée : colectomie totale, pratiquée en

- juin 1966,

après cette intervention, l'état général se restaure mais il persiste un écoulement séro-sanglant par le moignon de rectum laissé en place.

- en septembre 1966,

une sciatalgie gauche avec signe de Lassegue à 50° apparaît, la phase aiguë se passe en

quelques mais un endolorissement persiste pendant un mois.

A cette époque la malade fait une première crise de colique néphrétique à droite.

- en novembre 1966,

une monoarthrite du genou droit survient. Le genou est chaud, rouge, gonflé, douloureux et s'accompagne d'une fièvre à 38°. Cet épisode d'arthrite dure quinze jours environ. Il est suivi d'une poussée d'aphtose buccale. Un traitement par 75 mg d'Indométhacine fera rétrocéder l'arthrite. Pendant cinq mois ce traitement sera poursuivi.

- de janvier à mars 1967,

Mademoiselle C. est hospitalisée dans le service du Professeur Lambling pour un bilan de sa maladie. L'atteinte articulaire se résume alors à une arthrite chronique du genou droit et à une gêne douloureuse au niveau de la temporomaxillaire gauche. Au cours de l'hospitalisation une crise douloureuse abdominale fait pratiquer une urographie intraveineuse qui montre une lithiase rénale bilatérale. Les cristaux émis se révèlent être faits d'urate d'ammonium.

- en avril 1967,

c'est une nouvelle poussée articulaire marquée par l'atteinte de la cheville droite qui est rouge gonflée, douloureuse. La poussée s'éteindra avec un comprimé d'Indométhacine.

- le 30 juin 1967,

survient brutalement une grande crise poly-articulaire touchant les deux genoux, l'épaule droite, le coude et le poignet gauche. La température est à 39°. Apparaît alors un érythème fait de plaques rouges non prurigineuses, fugaces (disparaît en trois jours), sié-

geant à la face interne des chevilles, des genoux, des avant-bras, la face antérieure du thorax et le visage. La crise articulaire rétrocede sous corticoïdes mais reparaît pour durer trois semaines quand la malade est re-hospitalisée

- le 9 juillet,
pour amputation du rectum.

- le 17 août 1967,
alors que la malade est opérée depuis une semaine, une nouvelle grande crise polyarticulaire apparaît. Aux signes observés les fois précédentes s'ajoutent des cervicalgies. Un dosage d'antistreptolysines ayant été trouvé élevé un traitement par 2 millions de Pénicilline et 30 mg de Cortancyl est institué et la malade sort de l'hôpital en septembre.

Jusqu'au mois de décembre les signes articulaires réapparaissent chaque fois que l'on tente de baisser les doses de corticoïdes. Néanmoins l'action de ce traitement est excellente sur les signes biologiques : la vitesse de sédimentation passera de 90 mm à la première heure le 4 septembre 1967 à 23 mm le 1 décembre. Les antistreptolysines verront leur taux chuter de 1200 à 400 Unités. La Pénicilline est alors arrêtée pour deux mois.

- en mars 1968,
la malade est hospitalisée à la clinique de rhumatologie de l'Hôpital Cochin pour que soit dressé un bilan de sa polyarthrite. A ce moment la malade souffre du genou droit, des deux chevilles, de l'épaule droite, du rachis cervical, avec une raideur matinale qui nécessite un dérouillage d'une heure environ.

Le rachis cervical est douloureux à l'hypertension, légèrement limité dans ses rotations.

Les genoux douloureux ne sont pas limités ; il n'y a pas de choc rotulien. Les chevilles sont discrètement empâtées. Enfin l'ouverture de la bouche est limitée par une raideur douloureuse de la temporo-maxillaire gauche.

L'examen général est entièrement normal. L'ECG est normal. Les examens complémentaires montrent à l'entrée :

- une vitesse de sédimentation à 45-83
- une numération avec 4 600 000 globules rouges, 10 600 globules blancs. Une formule normale sans éosinophilie,
- le bilan rénal est normal : tant le culot urinaire, le HLM que l'épreuve de Van Slyke. L'albuminurie de 24 heures est négative.
- l'uricémie est à 42,8 mg/l donc normale, ainsi que l'uraturie à 650 mg/24 H.
- l'électrophorèse des protides totaux à 79g/l montre 47 % d'albumine, 1,5 % d' α_1 , 9,5 % d' α_2 , 15 % de β , 27 % de γ -globulines.
- le test de Waaler-Rose et test au latex sont négatifs de même que la recherche de cellules de Hargraves.
- la recherche d'inclusions "virales" dans les cellules du liquide synovial est négative.
- l'immunoélectrophorèse est normale.
- la recherche d'anticorps anti-colon, anti-muscle, anti-hématie, anti-thyroïde est restée négative.
- la biopsie de synoviale (Dr. Guiraudon) est d'aspect typiquement rhumatoïde : "la bordure est le plus souvent hyperlaxique, par-

fois détruite ; on trouve de volumineux nodules lymphoplasmoctaires, l'hypervascularisation est importante. Certaines franges sont plus scléreuses avec des vaisseaux épaissis à lumière rétrécie".

- les images radiologiques des articulations sont toutes normales sauf un aspect flou, irrégulier de la sacroïliaque droite et un aspect un peu grignoté de la symphyse pubienne.

Au cours de l'hospitalisation, on a pu baisser la corticothérapie prescrite depuis deux ans avec de très brèves interruptions et deux mois après sa sortie, la malade qui n'avait plus que 8 mg de Prednisone et 75 mg d'Indométhacine était en très bon état général et ne souffrait pratiquement plus.

OBSERVATION N° 7.

L'histoire de Madame G... Albertine, âgée de 70 ans, remonte à

- janvier 1964,

où elle est renversée par un véhicule ; elle ne présente pas de fractures mais des douleurs des deux genoux ; pendant trois mois elle ne pourra pratiquement pas se déplacer tant la mobilisation des genoux est génératrice de douleurs. Chez cette femme de 65 ans, alitée, la crainte d'une phlébite fait prescrire des anti-coagulants. C'est alors que survient une diarrhée dont chaque selle se termine par l'émission de sang. Ceci est mis sur le compte du traitement anti-coagulant.

- en avril 1964,

la marche est reprise, mais la malade se plaint de dorsalgies, de cervicalgies, de gonalgies à prédominance matinale, ainsi que d'une névralgie cervicobrachiale. Il existe un petit fébricule à 38°.

Depuis cette date la malade observe de nombreuses récides survenant toujours sur le même mode : douleurs abdominales, diarrhées, parfois émission de sang en fin de selles, puis douleurs articulaires sans signes objectifs diurnes et nocturnes. Ces crises durent quinze jours à trois semaines. Il ne persiste pas de séquelles fonctionnelles mais un fond d'arthralgie atteignant les épaules, les genoux, les hanches, les chevilles, le rachis cervical, les interphalangiennes des doigts des deux mains.

- en mai 1968,

une crise particulièrement aiguë la conduit

à l'hôpital proche de sa résidence. On note alors qu'outre les épaules et les hanches qui sont douloureuses, il existe une tuméfaction au niveau des 2 genoux. La peau n'est pas rouge mais l'article est chaud et augmenté de volume. Il existe une diarrhée hémorragique faite de 10 selles par jour. La VS est à 130 à la première heure ; la température à 39°. Traitée pendant un mois et demi par Vit. B12, ultralevure, glifan et aspirine, la malade sort en juillet de l'hôpital avec une VS à 40.

- fin août 1968,

devant la persistance des douleurs articulaires et d'une fébricule, une hospitalisation à la clinique rhumatologique de l'hôpital Cochin est décidée.

L'interrogatoire nous apprend qu'en 1923, à l'âge de 24 ans, la malade avait eu un épisode diarrhéique de plusieurs jours sans hémorragies et qu'à la même époque elle avait souffert d'une sciatique dont la topographie est impossible à préciser, que le rachis cervical douloureux est limité dans les mouvements de rotation de la tête et dans ceux de flexion et d'extension, mais la tête n'est pas projetée en avant.

- les rachis dorsal et lombaire sont souples, non douloureux,
- l'épaule gauche est limitée, douloureuse. L'abduction ne dépasse pas 60°, l'antéépulsion 60°, la rétropulsion 50°, la mobilité de l'épaule droite est normale.
- les coudes sont tuméfiés, mais leur mobilité normale est conservée
- les poignets sont gonflés, douloureux, à gauche la flexion est à 30°, l'extension à 10°, à droite la flexion est à 40°, l'extension à 30°.

- les doigts sont boudinés, chauds. La pression des interphalangiennes proximales des III^e doigt à droite, II^e doigt à gauche, est douloureuse. Il existe une désaxation de la main droite ainsi qu'une amyotrophie des interosseux de la main gauche.
- il n'existe pas de douleurs à la pression directe des sacroiliaques ni à la pression latérale des ailes iliaques,
- les hanches sont normales,
- les genoux sont tuméfiés, non chauds, mais si la mobilité est normale, il existe un choc rotulien tant à droite qu'à gauche. La mobilisation réveille des douleurs qui sont maximales en hyperflexion.
- la cheville droite est légèrement gonflée, chaude, et il existe une douleur du talon droit à la marche.

L'examen général montre une malade asthénique amaigrie (elle a perdu 10 kg en 1 an). La diarrhée persiste avec 4 à 5 selles par jour, glaireuses et hémorragiques.

L'examen cardiovasculaire, l'auscultation pulmonaire, l'examen neurologique sont normaux. Les aires ganglionnaires sont libres. Les examens complémentaires confirment le mauvais état général clinique :

- la VS est à 120 à la première heure, la numération sanguine qui montre une anémie à 3 530 000 globules rouges, et une légère leucopénie à 5 000 leucocytes, s'accompagne d'une formule normale. L'hémoglobine est à 70 % de la normale, les protides totaux sont normaux : 71,50 g/l avec à l'électrophorèse 43 % d'albumine, 5,5 % d' 1, 12,5 % d' 2, 14 % de et 25 % de -globulines. L'urée est à 0,15 g/l, la glycémie à 1,05 g/l à l'épreuve de Van Slyke, la clearance moyenne est à 43,25 ml/min. Le compte d'Addis est

normal ; le cholestérol est à 2,90 g/l.

- la recherche de cellules de Hargrave est négative, ainsi que les réactions de Wauler-Rose et au latex.
- la recherche d'inclusions cellulaires conjonctivales est négative.
- le séro diagnostic de Wright recherché car la malade vit dans une région d'endémie brucellienne, est négatif.
- la recherche d'anticorps anticolons par immunofluorescence est négative.
- l'électrocardiogramme, l'électromyogramme sont normaux.
- les radiographies montrent aux épaules des images d'érosion et de condensation de la zone d'insertion du sus-épineux. Au niveau des mains, il n'existe pas de carpite mais un pincement de l'interphalangienne distale du III^e doigt à droite, avec désaxation, ainsi qu'un pincement plus discret des IPP des II et IV doigts droits. Les radiographies sont normales pour le crâne, le thorax, les genoux, les coudes, les hanches à l'exception d'une discarthrose C5-C6, visible sur les clichés du rachis cervical, et d'une arthrose dorsale étagée.

Les clichés des deux sacroiliaques montrent un aspect de spondylarthrite ankylosante au stade I avec image de pseudoélargissement.

L'exploration digestive radiologique montre de volumineux diverticules duodénaux ; un aspect de colite gauche avec disparition des haustrations, présence de spicules, diminution de calibre évoquant une colite ulcéreuse et hémorragique (Dr. Mérillon). La rectoscopie est moins typique : certes la muqueuse est anormale, par endroit atrophique avec un aspect de fond d'oeil surtout dans la partie basse de l'ampoule. A la partie supérieure, elle est très lisse, un peu hyperhémiee. La

muqueuse saigne un peu trop facilement, mais ce n'est pas un aspect typique de rectite hémorragique.

La biopsie rectale est plus probante : la muqueuse atrophique n'est le siège d'aucune vaste ulcération, seules quelques pertes de substances à l'emporte-pièce sont décelables, réalisant parfois l'aspect de cryptes gagnant la sous-muqueuse. Cette dernière comprend quelques plages oedémateuses et congestives, tandis que l'on peut noter quelques infiltrats inflammatoires chroniques à prédominance plasmocytaire. Quelques plages scléreuses sont fournies de quelques capillaires réalisant un véritable tissu de granulation. L'aspect histologique est compatible avec le diagnostic de colite ulcéreuse.

La biopsie de synoviale du genou montre une synoviale avec de rares cellules monocuclées sous la couche bordante, c'est à dire une synoviale presque normale.

Un traitement par Salazopyrine et antibiotiques choisis en fonction des coprocultures a apporté une amélioration digestive qui se poursuit avec des ferments lactiques après l'arrêt de cette médication et son remplacement par l'IMURAN. La VS est revenue à 30 la première heure, sans jamais descendre au dessous. Après les traitements anti-inflammatoires, le traitement par un immuno-dépresseur semble avoir un certain effet puisque seule la nuque reste douloureuse, mais le recul manque encore pour juger de son efficacité à long terme.

11- RESUME DES OBSERVATIONS :

1) L'observation n° 1 concerne un homme qui a présenté des arthralgies sans modification locale, coïncidant avec l'apparition de complications de sa R.C.H. Quiescente jusqu'alors elle s'est révélée un an plus tard. Les poussées articulaires sont parallèles aux poussées intestinales ou à l'apparition de nouvelles complications locales.

Chez ce malade, l'atteinte colique est localisée au colon transverse et au sigmoïde, et s'est compliquée d'abcès anal.

Un érythème noueux a été constaté à deux reprises. Les radiographies étaient normales. Parmi les examens qui ont pu être pratiqués pendant son court séjour, seuls sont significatifs un Latex et un Waaler-Rose négatif et une hyper -globulinémie à 31 %.

2) La seconde observation est celle d'une jeune femme de 31 ans, dont la R.C.H. évoluait depuis 4 ans quand surviennent, à l'occasion d'une poussée intestinale, des arthralgies sans signes objectifs. Evoluant parallèlement aux poussées intestinales, plusieurs crises de rhumatisme rectocolitique avec signes objectifs apparaissent par la suite. Une de ces poussées est accompagnée d'un érythème noueux. L'atteinte digestive porte sur le colon gauche.

Les radiographies articulaires sont normales. Parmi les examens complémentaires, sont à noter un latex, un waaler-Rose négatifs. Négatives, la recherche d'inclusions intracellulaires, une hyper 2 et une hyper -globulinémie, une biopsie de synoviale compatible avec un Reiter.

3) La troisième observation concerne une

malade qui souffre d'un rhumatisme inflammatoire évoluant par poussées parallèles à une colite dont l'aspect radiologique est fortement évocateur d'une R.C.H. qui n'a pu faire sa preuve jusqu'ici, bien que compliquée de suppuration périanale.

L'atteinte articulaire, frappant essentiellement la cheville droite et les genoux, interfère avec une ostéochondrite du genou droit, rendant difficile l'interprétation des symptômes sur cet article. Il existe des signes objectifs d'inflammation. Est à retenir en dehors d'un Latex, d'un Waaler-Rose, d'une recherche d'inclusions négatifs, une biopsie de synoviale du genou de type rhumatoïde.

4) La quatrième observation se signale par une atteinte rhumatismale d'allure spondylarthritique chez un homme de 61 ans. Six mois après l'apparition de lombalgies, d'arthralgies de la cheville, de cervicalgies, la R.C.H. se manifeste pour la première fois. Elle touche le rectosigmoïde.

L'atteinte pelvirachidienne s'accompagne d'arthralgies périphériques, d'une calcanéite bilatérale, et d'une algodystrophie bilatérale.

A noter dans les examens complémentaires, la recherche d'inclusions virales négatives : une hyper globulinémie à l'électrophorèse. Une diminution à 10 % de la normale du pouvoir histaminopexique et la présence faiblement positive d'anticorps anticolon.

La remarquable action de l'Indométhacine est à noter également.

5) Les premiers signes articulaires du cinquième malade sont apparus huit mois après le

début de la maladie intestinale : R.C.H. évidente du colon gauche. Il s'agit d'une spondylarthrite, qui a fait sa preuve radiologiquement, qui s'accompagne d'atteintes périphériques importantes, d'une luxation antérieure de l'atlas et qui, sensible à la corticothérapie, évolue par poussées strictement parallèles aux poussées rectocolitiques. Il s'agit d'une spondylarthrite très invalidante au cours de laquelle un érythème mal individualisé et une conjonctivite ont été constatés.

On relève parmi les examens complémentaires la négativité des réactions au latex, réaction de Waaler-Rose, de la recherche d'inclusions virales, une hyper globulinémie à l'électrophorèse et l'absence d'éosinophilie sanguine.

6) Les troubles rectocolitiques de la sixième malade ont précédé de cinq mois les manifestations articulaires. Celles-ci ont continué d'évoluer après la colectomie totale. Ce sont des polyarthralgies fixes touchant les grosses articulations et la temporo maxillaire gauche qui n'ont aucune traduction radiologique, mais qui s'accompagnent d'un aspect anormal des sacroiliaques faisant penser qu'il s'agit de manifestations périphériques d'une SPA au début de son évolution.

On remarque, outre la négativité des réactions de Waaler-Rose, réaction au latex, recherche d'inclusion, recherche d'anticorps anticolon, une hyper globulinémie à 27 % et une biopsie de synoviale typiquement rhumatoïde.

7) La dernière malade que nous avons présentée est âgée de 70 ans. Le début des troubles intestinaux et rhumatismaux est simultané, et ils évolueront parallèlement par poussées de trois semaines sur un fond permanent d'arthral-

gies : des images radiologiques de pincements des articulations interphalangiennes proximales de trois doigts en ont imposé un moment pour une P.R., mais la constatation d'une image de spondylarthrite au stade 1 associée au diagnostic de R.C.H. du colon gauche et à des réactions au latex et réaction de Waaler-Rose négatives, fait entrer cette observation dans le cadre de notre travail.

La recherche d'inclusions virales, d'anticorps anticolons, de cellules de Hargrave, est restée négative. La biopsie de synoviale s'est révélée presque normale.

COMPARAISON DE NOS OBSERVATIONS AVEC LES
FAITS RELEVÉS DANS LA LITTÉRATURE.

-:-

En trois ans et demi, sept malades ont été hospitalisés à la clinique rhumatologique de l'Hôpital Cochin pour complications articulaires d'une rectocolite hémorragique. Ce faible nombre s'explique par le fait que la gravité de cette maladie invite ceux qui en sont atteints à fréquenter essentiellement les services de gastroentérologie, leurs manifestations rhumatismales étant, somme toute, contingentes.

Sur nos sept malades, trois ont souffert d'

A - ARTHRITES PÉRIPHÉRIQUES SANS ATTEINTE
PÉLVIRACHIDIENNE :

Nos constatations à leurs propos rejoignent les faits relevés dans la littérature.

Un homme et deux femmes ont souffert de "rhumatisme rectocolitique", l'un n'a éprouvé que des arthralgies alors que les deux autres avaient des arthrites avec signes objectifs.

Leur âge moyen à la première atteinte articulaire est 27 ans.

Le genou, la tibiotarsienne ont été atteints dans les trois cas. Ces arthrites ont évolué

d'une manière mobile, fugace, sans signes radiologiques et, deux fois, ont été accompagnées d'un érythème noueux.

L'une de ces malades a également eu une conjonctivite, aucune séquelle n'a persisté.

Les signes digestifs ont précédés deux fois les signes articulaires ; et le troisième cas est celui d'un homme dont les premiers signes articulaires ont coïncidé avec la survenue d'un abcès anal, complication vraisemblable d'une RCH non encore démasquée. Nous n'avons pas fait de constatation notable sur les rapports avec l'extension anatomique de la RCH ; par contre, deux de nos malades ont souffert de suppurations locales.

L'évolution des poussées articulaires et digestives a été parallèle au cours des trois observations.

Au total, en ce qui concerne les circonstances étiologiques, les caractères cliniques, et les rapports chronologiques avec la RCH, nos constatations sont en tout point semblables à ce qui a été décrit dans la littérature.

Nos investigations complémentaires révèlent, outre une hyper globulinémie chez les deux de nos malades qui ont bénéficié d'une électrophorèse des protides, une négativité du test au Latex et du test de Waaler-Rose chez nos trois malades. La seule fois où ils ont été recherchés, les anticorps anticolons furent absents.

Mais, surtout sont intéressantes à noter deux explorations :

- la recherche d'inclusion virale, négative les deux fois où elle a été pratiquée, et

- les deux biopsies de synoviale du genou, l'une pouvant être compatible avec le diagnostic de Reiter, mais l'autre étant typiquement rhumatoïde.

Les effets du traitement n'ont pu être étudiés que deux fois : la stabilisation de la R.C.H. a entraîné une sédation des troubles articulaires avec l'aide, une fois, d'antalgiques banaux, une autre fois d'un anti-inflammatoire : l'acide flufénanérique.

Nos quatre autres malades ont été atteints d'

B - ARTHRITES PERIPHERIQUES AVEC LESIONS PELVIRACHIDIENNES.

Ainsi, outre l'atteinte pelvirachidienne permettant de dire que ces malades étaient porteurs d'une spondylarthrite ankylosante, l'atteinte périphérique présente chez nos quatre malades s'est révélée franchement fluxionnaire deux fois. L'âge moyen de ces quatre malades, deux hommes et deux femmes, est de 43 ans à la première attaque articulaire.

Le genou a été touché trois fois, la tibio-tarsienne deux fois, la temporomaxillaire deux fois. Ces atteintes périphériques se sont révélées dans trois cas, évoluer par poussées parallèles à celles de la R.C.H, et dans un dernier cas, les atteintes articulaires qui ont persisté après la colectomie totale, évoluaient avant celles-ci sur le même mode que les poussées intestinales.

Les images radiologiques des articulations périphériques atteintes étaient normales. L'atteinte pelvirachidienne a été clinique deux fois, et, chez nos deux malades féminines, elle a été une découverte radiologique.

Une seule fois l'évolution s'est faite sur un mode invalidant.

Les aspects radiologiques de ces S.P.A. sont un peu particuliers : outre l'atteinte variable des sacroiliaques, la syndesmophytose n'a été retrouvée qu'une seule fois (encore est-elle L2-L3). Nous avons constaté deux fois des images d'érosion, une fois de la symphyse pubienne, une fois de l'insertion du sus-épineux, une fois une calcanéite. Nos constatations cliniques, à propos de ces quatre malades, sont un peu différentes de celles décrites dans la littérature.

La plupart des auteurs s'accordent pour penser que les rapports chronologiques liant les poussées articulaires aux ondes évolutives de la R.C.H. sont moins rigoureux dans cette catégorie. Or, chez trois de nos malades les poussées ont été parallèles.

La récurrence des atteintes périphériques, après colectomie totale chez l'une de nos malades, est bien en accord avec qui a été décrit. Néanmoins, Bywaters a relevé quelques cas d'arthrites périphériques sans signes pelvirachidiens ayant récidivé après colectomie. L'atteinte des articulations sacroiliaques chez cette malade était uniquement radiologique et réduite à une simple déminéralisation.

Aussi la distinction entre "rhumatisme recto-colitique" et "spondylarthrite ankylosante" compliquant une R.C.H. ne nous semble-t-elle pas absolue. Leur parenté nous est également suggérée par la constatation de lésions histologiques de la synoviale du genou, identiques et de type rhumatoïde chez deux malades appartenant à une catégorie différente.

Pour ces quatre malades, la recherche d'in-

clusions "virales" intracellulaires a été négative, de même que le Latex et le Waaler-Rose.

Une seule fois sur les trois où ils furent recherchés les anticorps anticolons se sont révélés faiblement positifs.

L'indométhacine a été efficace dans deux cas, encore, chez une de nos malades, a-t-il vu ses effets s'éteindre et a-t-il dû être remplacé par les corticoïdes.

L'un de nos malades a vu évoluer sa S.P.A. sur un mode invalidant et c'est au prix d'une corticothérapie retard qu'on a pu limiter les phénomènes algiques. Une de nos malades suit actuellement un traitement immunodépresseur (par l'Imuran) qui avec des ferments lactiques a un résultat excellent sur l'état digestif et l'état articulaire. A l'exclusion des douleurs cervicales (images d'arthrose sur les radiographies), tous les phénomènes algiques ont cédé. Enfin la colectomie totale qu'a subi l'une de nos malades n'a pas réussi à empêcher la récurrence des signes articulaires, qu'une association de corticoïdes et d'Indométhacine est parvenue à enrayer.

C - DISCUSSION PATHOGENIQUE.

Dans nos sept observations ont été pratiquées six électrophorèses des protides, six recherches d'inclusions de type viral, quatre biopsies de synoviale du genou, un traitement par les antidépresseurs a été prescrit. Les résultats constatés permettent d'aborder une discussion pathogénique.

La constatation de lésions histologiques, assez comparables à celles visibles au cours du syndrome O.U.S., chez l'une de nos malades,

a peu de valeur dans la mesure où chez cette même malade la recherche d'inclusions de type viral dans les cellules du liquide articulaire, a été négative. De même elle a été négative pour les cinq autres malades chez qui elle a été pratiquée. Il semble dès lors bien difficile d'assimiler au syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter les manifestations articulaires que nous avons constatées, même si quelques analogies cliniques existent.

Par contre l'hypothèse allergique ou immunologique prend toute sa valeur.

L'hyper globulinémie à l'électrophorèse des protides, six fois constatée, est déjà un argument en sa faveur de même que l'effet bénéfique du traitement antidépresseur une fois tenté et dont les premiers résultats ont été décrits par Theodor.

L'aspect des atteintes articulaires que nous avons constaté généralement asymétriques, fugaces, mobiles, évoluant sans séquelles, avec des images radiographiques normales, est bien différent de celui de la maladie rhumatoïde. Si l'on ajoute à cela la constante négativité des réactions de mise en évidence du facteur rhumatoïde, il semble que rien ne puisse rattacher ces deux maladies.

Pourtant nous avons constaté deux fois des lésions histologiques de la synoviale en tout point comparables à celles visibles au cours de la maladie rhumatoïde. Or l'expérience des histologistes prouve que la R.C.H. est la seule maladie au cours de laquelle la synoviale peut être de type rhumatoïde.

Il semble donc qu'on puisse conclure qu'il s'agit d'une affection du même groupe.

T A B L E A U X

TABEAU 1

DESCRIPTION DE L'ATTEINTE ARTICULAIRE ET RESULTATS DU OU DES TRAITEMENTS.

CAS	TYPE	LOCALISATION	SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT.	SIGNES RADIOLOGIQUES	EFFETS DU TRAITEMENT.
1	Arthralgies mobiles périphériques	genoux chevilles poignets	érythème noueux	-	Cortisoniques ++
2	mobiles fugaces périphériques fluxionnaires	genoux chevilles poignets coude G. MPI D et G.	érythème noueux conjonctivite	-	Colimycine + Trt. symptomatiques de la R.C.H. +++
3	périphériques fluxionnaires	Genou D. Cheville D.	-	-	Antibiotique O Salazopyrine +++ Arlef +++
4	axiales et périphériques mobiles	Cheville Nuque-sacroiliacques- genoux poignets épaule D.	-	sacroiliite bil. calcanéite Bil. syndesmophytose L2-L3 algodystrophie	cortisonique + indométhocine +++

5	axiales et périphériques	hanches épaules sacroilia- ques Temporo-max.	érythème conjoncti-	sacroiliité bilatérale luxation ant. de l'atlas	indométhocine + salazopyrine ++ cortisoniques+++
6	axiales et périphériques mobiles fluxionnaires	genoux temporomax. sacroiliaques épaule D. coudes- poignets rachis cervical	-	sacroiliité bilatérale érosion de la symphyse pu- bienne	colectomie totale 0 indocid.+++ cortisoniques ++
7	axiales et périphériques fluxionnaires mobiles	sacroiliaques nuque genoux hanches chevilles épaules	-	sacroiliité bilatérale disarthrose L5-L6 arthrose dor- sale étagée érosion humé- rale	Tt. symptmati- que RCH + immunodép- res- seur ++

TABEAU 11

RAPPORTS CHRONOLOGIQUES ENTRE LA R.C.H. ET SES COMPLICATIONS.

CAS	SEXE	AGE	AGE AU DEBUT DES SIGNES ARTICULAIRES	AGE AU DEBUT DES SIGNES DIGESTIFS	PRECESSION DES S. ARTIC.	PRECESSION DES S. DIGES.	PARALLELISME DES POUSSEES
1	M	40	33	34	+	-	+
2	F	31	29	25	-	+	+
3	F	26	21	20	-	+	+
4	M	64+	61	61 et 3 mois	+	-	+
5	M	39	27	26	-	+	+
6	F	24	20 ans et 6 mois	20 ans	-	+	-
7	F	70	65	65	-	-	+

TABLEAU III

EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

CAS	VS à l'entrée	LATEX ET WALLER-ROSE	CELLULES	INCLUSIONS VIRALES	ANTICORPS ANTRICOLON	BIOPSIE SYNOVIALE	ELECTROPHORESE
1	48	-	-	non pratiquées	non pratiqués	non pratiquée	31 % 12 %
2	85	-	-	-	-	Virale	16,5% 19,5%
3	58	-	-	-	non pratiqués	P.R.	non retrouvée
4	33	-	non pratiquée	-	+	non faite	23%
5	6	-	non pratiquée	-	non pratiqués	non faite	25%
6	45	-	-	-	-	P.R.	27%
7	120	-	-	-	-	normale	12,5% 25%

CONCLUSIONS

-:-

Les manifestations articulaires de la Rectocolite hémorragique qui s'observent dans 6 à 22 % des cas de cette maladie, se présentent généralement sous l'une des deux formes suivantes :

Les arthrites des membres ou arthralgies des membres, sans atteintes pelvirachidiennes, intéressant au premier chef les genoux et les tibiotalariennes, n'altèrent pas l'aspect radiologique de l'articulation, s'éteignant sans séquelles, au terme d'une évolution brève, mais récidivent volontiers, en étroit parallélisme avec les ondes évolutives de la RCH. L'érythème noueux les accompagne souvent. Ces mono ou oligoarthrites seraient d'autant plus fréquentes que la RCH est plus étendue ou compliquée localement. Elles ne se reproduisent pas après colectomie.

La spondylarthrite ankylosante a des liens chronologiques moins rigoureux avec la RCH, la colectomie n'en interrompt pas l'évolution. Sa relation avec la RCH est cependant attestée par sa fréquence (au moins 10 fois plus élevée que dans une population témoin) et par la proportion élevée de spondylarthrites féminines.

Parmi les sept observations inédites que nous rapportons, trois s'apparentent à la pre-

mière catégorie. Les spondylarthrites ankylosantes comportaient toutes des arthrites périphériques, l'une d'elles une calcanéite bilatérale. Ces arthrites périphériques, satellites d'une atteinte pelvirachidienne, étaient souvent rythmées par les poussées évolutives de la RCH.

Il nous semble que l'opposition entre rhumatisme rectocolitique périphérique et spondylarthrite ankylosante n'est pas absolue (comme nous le suggère également l'identité des lésions histologiques de la synoviale du genou dans les cas appartenant aux deux catégories).

La pathogénie des complications articulaires de la RCH demeure obscures : l'hypothèse d'une origine virale, fondée sur certaines analogies avec le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (signes digestifs, spondylarthrite, atteintes oculaires) n'est guère défendue, faute d'arguments probants. La recherche d'inclusions intracellulaires, observées dans cette maladie, s'est révélée négative chez nos malades.

L'hypothèse allergique ou immunologique est suggérée par la connaissance d'autoanticorps au cours de la RCH, et par l'influence de sensibilisations diverses sur les poussées évolutives de la maladie. Nous n'avons pas étudié l'effet des allergènes éventuels sur les signes articulaires. Par contre l'existence chez deux malades sur quatre ayant bénéficié d'une biopsie de synoviale, d'une synoviale identique à celle observée dans la maladie rhumatoïde peut, non pas permettre une assimilation à cette maladie du rhumatisme rectocolitique, étant donné les différences cliniques et la constante négativité des réactions de mise en évidence du facteur rhumatoïde, mais suggérer qu'il s'agit d'une affection du même groupe.

Vu :
Le Président :
Signé : F. DELBARRE

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1- ACHESON (E.D.)
An association between ulcerative colitis,
regional enteritis and ankylosing spondy-
litis.
Quart. J. Med. 1960, 29, 489-499
- 2- BENSAUDE (A.)
Les facteurs infectieux de la RCH, les
fausses récides.
Entretien de Bichat, Méd. 1959, p. 365
- 3- BERNIER (J.) CORNELIS (W.) LAMBLING (A.)
Contribution à l'étude expérimentale de
la Rectocolite ulcéreuse et hémorragique.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 49, 813
- 4- BERNIER (J.) TERRIS (G.) LAMBLING (A.)
La reproduction expérimentale des colites
ulcéreuses
Rev. Franç. Etud. Clin. Bio. 1963, 8, 598-
613
- 5- BLOCH-MICHEL (H.) BRIZARD (J.)
Les rhumatismes intestinaux
Entretien de Bichat, 1959, p. 389
- 6- BORDEAUX MEDICAL 1968, 1, 741-746
Colloque sur les manifestations intesti-
nales des entérocolopathies.

- 7 - BRUCE (J.) SIRCUS (W.)
Dissaminated lupus érythémateux of alimentary tract.
Lancet 1959, 1, 795-798
- 8 - BYWATERS (E.G.L.) ANSELL (B.M.)
Arthritis associated with ulcerative colitis.
A clinical and pathological study.
- 9 - CACHIN (M.) ANTEBI (L.)
Colite ulcéreuse, érythème noueux et syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
Sem. Hop. Paris 1961, 37, 2724-2728
- 10- CALABRESI (P.) THAYER (W.R.) SPIRO (H.M.)
Demonstration of circulating antinuclear globulins in ulcerative colitis.
J. clin. invest. 1961, 40, 2126-2133
- 11- CATTAN (R.) BUCAILLE (M.) CARASSO (R.)
La rectocolite hémorragique et purulente,
1 Volume.
Flammarion 1959
- 12- COSTE (F.) MAIZON (M.) BOISSIERE (R.)
Aspects actuels de la spondylarthrite ankylosante.
Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 1947, 493-502
- 13- COSTE (F.) DELBARRE (F.) AMOR (B.)
Inclusions de type viral dans l'urèthre de certains rhumatisants. Inclusions dans le liquide synovial.
Bull. Acad. Nat. Med. 1964, 148, 498-503
- 14- COSTE (F.) BONTOUX (D.) COSTE (Fr.)
Les manifestations articulaires de la rectocolite hémorragique.
Soc. Med. Hop. de Paris 1965, 116 N° 2, 213-223

- 15- COSTE (Fr.)
Les manifestations cliniques extra-
digestives au cours de la rectocolite
hémorragique.
Vie médicale, Enquête 1966, 47, 713-714
- 16- DEMDE (M.) COURVOISIER (B.) KRAFTE (B.)
Colite ulcéreuse et arthropathies
Arch. Mal. App. Dig. 1956, 45, 475-485
- 17- DESCAYRAC (J.)
Les manifestations ostéoarticulaires
au cours des colopathies.
Thèse Paris 1956, 86 pages.
- 18- FERNANDEZ-HERLIHY (L)
The articular manifestations of chronic
ulcerative colitis. Analysis of 555 cases
New-Enfland J. Med. 1959, 261, 159-163
- 19- FORD (D.K.) VALLES (D.G.)
The clinical course of arthritis asso-
ciated with ulcerative colitis and re-
gional enteritis.
Arth. Rheum. 1959, 2, 526-536
- 20- FRIEDMANN (E.) KEHOE (E.L.)
Non bacterial suppurative arthritis as
a complication of ulcerative colitis.
New England. J. Med. 1959, 261, 288-290
- 21- GIRARD (M.)
Complications de la R.C.H.
Cahiers médicaux lyonnais 1967, 43,
29-39
- 22- HILLEMAND (P.) GILLRIN (E.) BENSAUDE (A.)
DELAVIERRE (P.)
A propos des RCH avec manifestations ar-
ticulaires. Leurs rapports avec le syn-
drome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
Arch. Mal. App. Dig. 1960, 49, 613-621

- 23- JAYSON (M.) BOUCHIER (I.)
Ulcerative colitis with ankylosing spondylitis.
Ann. Rheum. Dis. 1968, 27, 219
- 24- KAPLAN (G.)
Complications rhumatismales des colenteropathies.
Rev. de Med. Mai 1967, 783-792
- 25- LAMBLING (A.) BERNIER (J.J.) CORNELIS (W.)
Les facteurs allergiques de la RCH
Entretien de Bichat Med. 1959, p. 361
- 26- LAMBLING (A.) BERNIER (J.J.) BONFILS (S.)
TREMOLIERES (J.) TERRIS (G.)
La RCH ou colite ulcéreuse.
Données allergiques et immunologiques.
1^o Congrès international d'allergie
alimentaire et digestive. Vichy 1963
- 27- LEJEUNE (E.) GUILLIN (F.Y.) BERTRAND (J.N.)
BOUVIER (M.) VOLLE (I.) CHATIN (B.)
Les manifestations rhumatismales de la RCH
Lyon Médical 1965, 213, 535
- 28- LEVRAT (M.) PASQUIER (J.) MOULINIER (B.)
Les manifestations extraintestinales de la RCH
Actualités hépatogastroentérologiques de l'Hotel-Dieu
- 29- LIEVRE (J.A.) WATTEBLED (R.)
Polyarthrite et rectocolite hémorragique et purulente
Rev. Rhumat. 1953, 20, 774-777
- 30- MAC EVEN (C.) LINGG (C.) KIRSNER (J.B.)
SPENCER (J.A.)
Arthritis accompanying ulcerative colitis
Am. J. Med. 1962, 33, 923-941

- 31- PORRINI (A.) MAC EYEN (C.) DITATA (D.)
POPPEL (M.) LINGG (C.)
A roentgenologic and clinical study of
ankylosing spondylitis and spondylitis
accompanying ulcerative colitis, Pso-
riasis and Reiter's disease
Arthr. Rheum. 1964, 7, 338-339
- 32- RACHET (J.) BUSSON (A.) DEBRAY (Ch.)
Maladies de l'intestin et du péritoine
Flammarion Edit.
- 33- ROBERT (P.E.) BRECHOT (C.) BINOUX
Sur un cas instructif de RCH
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, 923-926
- 33- ROBERTI (A.)
Allergie microbienne aux enterobacté-
riacés au cours des RCH
Arch. Mal. App. Dig. 1960, 49, 1260-1273
- 35- ROMANUS (R.)
Pelvis pondylitis assifians in the male
and genitourinary infection
Acta Med. Scand. 1953, suppl. 280, 316-
323
- 36- ROTSTEIN (J.) ONTEL (I.) ZEVINER (B.)
Arthritis associated with ulcerative
colitis.
Ann. Rheum. Dis. 1963, 22, 194-197
- 37- SERRE (H.) SIMON (L.) CHILLERS (J.P.)
LIGNIERES (Y.)
Pelvispondylite rhumatismale et RCH.
A propos de 4 observations.
Rev. du Rhum. 1961, 28, 508-515.
- 38- SEZE (St. de) RYCKEWAERT (A.)
Arthrites de la colite ulcéreuse. Ma-
ladies des os et articulations.
Flammarion, 1061-1061 C.

- 39- SEZE (St. de) et coll.
Notre expérience de l'atteinte articulaire au cours de la RCH
Bull. de la Soc. Med. des Hop de Paris 1965, 116, 225
- 40- SHORT (Cl) BAUER (W) REYNOLDS (W.E.)
Rheumatoid arthritis (1 vol. 480 p.)
Cambridge. 1957
- 41- STEINBERG (V.L.) STOREY (G.)
Ankylosing spondylitis and chronic inflammatory lesions of the intestines.
Brit. Med. J. 1957, 2, 1157-1159
- 42- THAYER (W.R.) SPIRO (H.M.)
Protein abnormalities in ulcerative colitis patients and their families.
Gastroenterology 1963, 44, 444-447
- 43- WILKINSON (M.) BYWATERS (E.G.L.)
Clinical features and course of ankylosing spondylitis
Ann. Rheum. Dis. 1958, 17, 209-228
- 44- WRIGHT (V) WATKINSON (G.)
The arthritides of ulcerative colitis.
Medicine (Baltimore), 1959, 38, 243-263
- 45- WRIGHT (V) WATKINSON (G.)
Sacroiliitis and ulcerative colitis.
Brit. Med. J. 1965, 2, 672
- 47- WRIGHT (V.) WATKINSON (G.)
Articular complications of ulcerative colitis.
Amer. J. of Proctol. 1966, 17, 107
- 48- ZVAIFER (N.J.) MARTEL (W.)
Spondylitis in chronic ulcerative colitis.
Arthr. Rheum. 1960, 3, 76-87

- 49- BOUREL (M.) PAWLOTSKY (Y.) LENOIR (P.)
SIMON (M.)
RCH et syndrome de Fiessinger-Leroy-
Reiter avec cellules à inclusions.
Sem. des Hop. 1968, 44, 1005-1008 n°15
- 50- THEODOR (E.) GILON (E.) WALJ (U.)
Treatment of ulcerative colitis with
Azathioprine (Imuran)
Brit. Med. J. 1968, 4, 741-743 N° 5633

SERMENT

-:-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-:-

